Nr 9 28 lutego 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr P. ADAMOWICZ. Kraków.
Dr Z. KULIG.

Próby leczenia ropni płuc promieniami Roentgena.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala im. G. Narutowicza (Ordynator: Doc. Dr F. Siedlecki) i z Oddziału Rentgenologicznego Szpitala im. G. Narutowicza (Kierownik: Dr P. Adamowicz).

Liczne prace ukazujące się w okresie powojennym w sprawie ropni płuc, dowodzą dużego zainteresowania tym cierpieniem w świecie lekarskim. Przyczyną tego zjawiska jest przede wszystkim to, że ropnie płuc dzisiaj częściej się spotyka niż dawniej; dalej istotne zrozumienie ciężkości tego schorzenia i duży odsetek śmiertelności, jaką to cierpienie powoduje. Zwiększoną liczbę spraw ropno-zgorzelinowych płuc tłumaczymy sobie niewątpliwym postępem sposobów rozpoznawczych chorób narządu oddechowego, zwłaszcza rentgenologii, co umożliwia wykrycie tego schorzenia we wczesnych jego okresach. Z drugiej strony, częstość ropni płuc, szczególnie wśród niższych warstw ludności ciężko pracującej, należy tłumaczyć upośledzeniem odporności w dobie ogólnego kryzysu gospodarczego. Ponadto rozwój przemysłu chemicznego pozwala na częstsze zetknięcie się człowieka z lotnymi związkami chemicznymi, które uszkadzają narząd oddechowy.

Leczenie ropni płuc należy do szczególnie trudnych zadań lecznictwa. Liczne sposoby zachowawczego leczenia tej choroby w ostatnich latach niewiele posunęły się naprzód i nie przyczyniły się do zmniejszenia odsetka śmiertelności. Wielka liczba tych sposobów dowodzi, że właściwie żaden z nich nie prowadzi do pożądanego celu. Leczenie chirurgiczne, wobec dość dużego odsetka śmiertelności pooperacyjnej, można stosować w pewnych, nadających się do tego przypadkach ropni płuc, w myśl ogólnej zasady *„ubi pus, ibi evacua"*. Należy jednak trzymać się tej zasady, naszym zdaniem, jedynie w przypadkach, gdzie sposoby leczenia zachowawczego nie dały pomyślnego wyniku i gdzie są warunki umiejscowienia pozwalające na zabieg. Musimy stwierdzić, że wysoki odsetek śmiertelności dotyczy chorych skierowanych do zabiegu tak w póżnym, jak i we wczesnym okresie cierpienia. Odrębne miejsce i wskazania do zabiegu mają ropnie płuc powstałe z przebicia ropnych nacieków lub otoków międzypłatowych i szczegółów tej sprawy chorobowej omawiać nie będziemy. O sposobach chirurgicznego leczenia ropni płuc nie możemy zabierać głosu, jako w dziedzinie nie należącej do nas, jednak dane statystyczne pouczają, że bez postępu rozwoju sposobów chirurgicznych leczenie ropni płuc będzie wybierało sposoby zachowawcze.

Pozwolimy sobie wspomnieć pokrótce o niektórych sposobach leczenia zachowawczego, bo wszystkich opisać tutaj niepodobna. Należy zaznaczyć, że pewien odsetek ropni płuc ulega samowyleczeniu. Ropień, po kilkunastodniowym trwaniu choroby, przebija się do oskrzela i następuje opróżnienie jego zawartości wśród obfitego odpluwania ropiastej plwociny, przynosząc całkowity zwrot w przebiegu choroby. Warunkiem samowyleczenia ropnia jest całkowite oczyszczenie się jamy przy korzystnych warunkach odpływu jej zawartości.

Sposoby zachowawczego leczenia ropni płuc można podzielić na trzy grupy: farmakologiczno-dietetyczną, uciskowo-zapadową i bronchoskopową. Spomiędzy dużej ilości sposobów leczenia farmakologicznego należy wspomnieć o tych, które już od dawna zyskały sobie prawo obywatelstwa. Najszersze zastosowanie mają zastrzyki chininy, lub chininy z kamforą i olejkami eterycznymi. Jeżeli stwierdzamy cuchnienie plwociny, to w wypadkach, w których stwierdzamy w plwocinie krętki, korzystne wyniki można otrzymać stosując wstrzykiwania arsenobenzolu lub bizmutu.

Pomocniczo, dla wzmożenia sił odpornościowych ustroju, stosowano leczenie bodźcowe W tym celu używano przede wszystkim szczepionek z plwociny, a właściwie autoszczepionek podawanych domięśniowo i podskórnie. Autorzy francuscy polecają stosowanie surowic, których działanie byłoby skierowane przeciw łańcuszkowcom, pneumokokom, pałeczkom zgorzeli złośliwej — *spirocheta refringens*. a także surowice wieloważne. Najlepsze wyniki mieli otrzymywać po dożylnym stosowaniu surowic, czemu jednak towarzyszą nieprzyjemne przypadłości w postaci gwałtownych dreszczy i zapadów. Do leczenia bodźcowego zaliczyć także należy wlewanie dożylne rozczynów koloidalnych soli srebra i złota, oraz stosowanie urotropiny i yatren-kazeiny. Działanie tych środków można sobie tłumaczyć pobudzeniem czynności odtruwających ustroju przez zadziałanie na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Zalecane przez Landaua i Fejgina dożylne stosowanie 33% alkoholu zasługuje na uwagę, zwłaszcza w okresie początkowym i ostrym ropnia płuc, kiedy ściany jego są jeszcze miękkie i podatne.

W ostatnich czasach opisuje się pomyślne wyniki leczenia ropni i zgorzeli płuc dużymi dawkami będźwinianu sodowego w ilości od 4—6 gramów dziennie, stosowanymi dożylnie w roztworze 20%. Leczenie to ma być skuteczne dopiero przy nasyceniu organizmu będźwinianem sodowym. Po zastrzyku powinny występować objawy tego nasycenia w postaci smaku i zapachu żywicy. Obok stosowania tych różnych leków musimy dbać o odpowiednie podnoszenie sił chorego przez odżywianie i usuwanie przypadłości w związku z męczącym kaszlem, cuchnącą plwociną, oraz bezsennością. Polecane ograniczenie płynów u tych chorych ma pewne znaczenie, wpływa bowiem na zmniejszenie ilości odpluwanej plwociny.

Leczenie zapadowe ropni płucnych, zwłaszcza zaś odmowe, kryje w sobie duże niebezpieczeństwo. W przypadkach ropni przybrzeżnych istnieje niebezpieczeństwo przerwania zrostów opłucnowych i powstania śmiertelnego zgorzelinowego zapalenia opłucnej. Odma może mieć zastosowanie w przypadkach ropni położonych przywnękowo, w głębi płuca, przy zaleganiu w nich ropy, gdy badanie rentgenologiczne wykazuje stale utrzymujący się poziom płynu w jamie ropnia. W takich przypadkach założenie odmy sztucznej sprzyja opróżnianiu się jamy. Przy ropniach przybrzeżnych, lub położonych tuż nad przeponą, niezupełnie opróżniających się, bezpieczniejszym zabiegiem jest wyrwanie nerwu przeponowego, a nie mniej skuteczne od odmy.

W razie ujemnego wyniku leczniczego może być i ono zabiegiem przygotowawczym do pneumotomii i torakoplastyki.

Leczenie ropni płuc na drodze aspiracji bronchoskopowej ma na celu usunięcie ropy z jamy w przypadkach niedostatecznego jej opróżnienia. Sposób ten opiera się na mechanicznym opróżnianiu ropnia po wprowadzeniu wziernika do oskrzela, przy czym można stosować na tej drodze leki takie, jak lipiodol. gomenol, arsenobenzol, mające na celu działanie wprost na ognisko ropne. Aspiracja bronchoskopowa rzadko kiedy prowadzi do celu, ponieważ nie zawsze się udaje. Aspiracja bronchoskopowa może dać cenne usługi, jako sposób przygotowania do zabiegu operacyjnego. Przez opróżnienie ropnia przed operacją można uniknąć powikłań w postaci możliwego przeniesienia ropy do płuca zdrowego, lub uduszenia wskutek zalania większej ilości oskrzeli.

Prócz tego były próby leczenia spraw ropno-zgorzelinowych za pomocą fal krótkich. Wyniki osiągnięte w różnych zakładach nie były pomyślne.

Zachęceni pomyślnymi próbami leczenia ropni płuc promieniami Roentgena od roku stosujemy ten sposób w Szpitalu im. G. Narutowicza. Dotychczas przeprowadziliśmy leczenie energią promienną u jedenastu chorych z Oddziału Wewnętrznego Szpitala, ze sprawami ropno-zgorzelinowymi płuc. Zdajemy sobie sprawę, że jest to zbyt szczupła ilość spostrzeżeń, aby na tej podstawie można było wyciągać ostateczne wnioski. Jednakże wyniki leczenia, nawet w rozpaczliwych przypadkach, były na tyle pomyślne i zachęcające, że upoważniają nas do podzielenia się nimi z ogółem lekarzy.

Pierwsze spostrzeżenia, na większym materiale chorych, ogłosili Bobrezkaja i Porchownik. Autorzy przeprowadzili leczenie promieniami Roentgena u 25 chorych ze sprawami ropno-zgorzelinowymi płuc. W większości przypadków choroba była następstwem pogrypowego zapalenia. W myśl zasad ogólnie przyjętych, wszyscy ich chorzy uprzednio przechodzili leczenie farmakologiczne, jakie powszechnie się stosuje w po-

dobnych przypadkach. Leczenie rentgenologiczne stosowano po wyczerpaniu wszystkich innych środków. Autorzy, jak podają, uzyskali 80% wyleczeń całkowitych. Jest to odsetek bardzo duży i dotychczasowymi sposobami leczenia wprost nieosiągalny.

Bobrezkaja i Porchownik przeprowadzili leczenie dzieląc serię napromienian na cztery posiedzenia. Przerwa między jednym, a drugim posiedzeniem wynosiła 3—6 dni. Jednorazowa dawka energii promiennej, mierzonej na skórze, wynosiła 1/4 tzw. dawki rumieniowej tj. około 150 r. przy zastosowaniu sączka 0,5 Cu + 1 Al., z odległości 30 cm (ognisko-skóra). Napromieniano ognisko ropne na przemian raz od przedniej powierzchni klatki piersiowej, drugi raz od tylnej. W przypadkach uporczywych, a zwłaszcza przewlekłych postaciach schorzenia, napromienianie powtarzano w kilku seriach w ciągu dłuższych, lub krótszych odstępów czasu.

Przeprowadzając leczenie promieniami Roentgena u naszych chorych, początkowo wzorowaliśmy się na sposobie dawkowania autorów. Z biegiem czasu, w miarę zdobycia własnych spostrzeżeń, zmieniliśmy sposób postępowania i przeszliśmy do stosowania dawek znacznie mniejszych tj. 60 r. na jedno posiedzenie z odległości 40 cm, przy napięciu 160 KVS, 4 mA i polu wpadowym 10×15. W szczególności dążyliśmy do nieprzekraczania małej dawki 60 r. w przypadkach ropni i spraw zgorzelinowych ostrych, niezadawnionych. w przebiegu których jeszcze się nie wytworzyły zmiany włókniste w otoczeniu. Ma to swoje uzasadnienie tak w założeniach teoretycznych, jak i wynikach praktycznych działania energii promiennej na ognisko zapalne. Napromienianie bowiem ogniska zapalnego dużymi, jednorazowymi dawkami może wywołać niepożądany, zbyt szybki rozpad w obrębie tkanek objętych naciekiem zapalnym. Przy jamach i ropieniach ograniczonych, duże dawki mogą niszczyć tamę ochronną między zdrowym miąższem płucnym, a ogniskiem ropnym, czego winniśmy unikać. Taka ostrożność jest tym bardziej wskazana przy napromienianiu ognisk zapalnych w obrębie miąższu płucnego, gdyż wskutek jego powietrzności należy się liczyć z większym współczynnikiem przenikliwości energii promiennej, niż to się dzieje w obrębie tkanek innych części ustroju ludzkiego. Tak więc, w obrębie miąższu płucnego uzyskamy większą dawkę ogniskową, przy jednakowych ilościach energii mierzonej na skórze w obrębie klatki piersiowej i np. miednicy. Małe dawki zapalne, jak je niektórzy nazywają, rezolucyjne, nie przekraczające 60 r. na skórze, spełniają zadanie, bez narażenia chorego na niebezpieczeństwo szybkiego rozpadu nacieku i wyniszczenia czynników ochronnych, wprowadzonych do walki przez ustrój. Ponadto małe dawki pobudzają rozrost komórek warstwy fibroblastycznej oraz sprzyjają przebiegowi procesów leukocytarnych.

W przypadkach ropni zadawnionych, z wykształconą otoczką włóknistą, nie obawiamy się zastosowania dawek nawet wyższych ponad 150 r. Chodzi bowiem o częściowe przynajmniej zniszczenie warstwy ropiejącej. A zatem nasze postępowanie lecznicze polega na stosowaniu dawek nie przekraczających 60 r. w sprawach ostrych i wczesnych, a w sprawach zadawnionych dawki jednorazowo stosowane zdwajamy do 120 r., a nawet i wyżej.

Na drugi, lub trzeci dzień po napromienieniu spostrzega się przy badaniu radiologicznym chorego, znaczne zmniejszenie nacieku zapalnego w częściach obwodowych ropnia. Zjawisko to stoi niewątpliwie w związku z działaniem promieni na układ naczyń włosowatych i prawdopodobnie chłonnych. Jest rzeczą znaną, że w tkankach napromienianych, naczynia włosowate rozszerzają się, a ich przepuszczalność znacznie się wzmaga (Regaud, Lacassagne). Ciałka białe w zwiększonej masie, *per diapedesin*, przesączają się dzięki temu z łożyska naczyniowego do otaczających tkanek, spełniając swe czynności fagocytarne i bakteriolityczne ze wzmożonym skutkiem. Wielojądrzaste fagocyty biorą udział w usuwaniu pozostałości rozpadłych komórek i bakteryj. Masy ciałek białych obładowanych materiałem chorobotwórczym przedostają się na powierzchnię śluzówek do światła oskrzelików i pęcherzyków płucnych i wraz z rozrzedzonym przesączem surowiczym zostają wydalone pod postacią zwiększonej ilości plwociny. Takie zjawisko zwiększonej ilości plwociny spostrzega się już na drugi dzień po napromienieniu i utrzymuje się w ciągu kilku dni następnych. Jama oczyszcza się z zawartości płynnej czasami wcześniej, czasami później. Równocześnie spostrzega się spadek ciepłoty prawie do liczb prawidłowych. We wszystkich prawie przypadkach na drugi lub trzeci dzień widzieliśmy mimo spadku gorączki, znaczny wzrost leukocytozy we krwi obwodowej. Liczby dotychczasowe ciałek białych podnosiły się o 3—8.000 ciałek białych ponad ilości przed napromienianiem. Ogólny stan i samopoczucie chorego wybitnie się poprawia już po paru posiedzeniach. Wzrost leukocytozy, naszym zdaniem, należy uważać za objaw pomyślny, przy czym spostrzega się, że równolegle ze wzrostem wskaźnika leukocytarnego poprawia się stan ogólny i samopoczucie chorego. Równolegle ze zjawiskami oczyszczania się ogniska ropnego i zanikiem nacieku obwodowego odbywa się zabliźnianie jamy. Energia promienna wybiórczo pobudza rozrost komórek warstwy fibroblastycznej. Jak szybki jest ten rozrost dowodzą badania skrawków tkanki rakowatej przed i po napromienianiu. W cztery godziny po zabiegu radioleczniczym w skrawkach już się stwierdza, według Regauda i Lacassagne'a, obfity rozrost komórek fibroblastycznych, które przenikają w warstwy tkanki rakowatej. Oczywiście nie ma podstaw sądzić, żeby ten rozwój tkanki włókniejącej odbywał się wolniej w sprawach zapalnych, tym bardziej, że samo zapalenie sprzyja jego przyspieszeniu. Skutki działania promieni w tkance żywej, a w szczególności w tkance płucnej, objętej sprawą ropno-zapalną, są bardzo skomplikowane. Usiłowanie wyjaśnienia mechanizmu tych przemian może być tylko słabym i cząstkowym odzwierciedleniem rzeczywistości. Fizjopatologia tych przemian tak w miejscu działania promieni, jak i wpływ ogólny na ustrój ludzki jest pod wielu względami niewyjaśniony.

Najpomyślniejsze i szybkie wyniki lecznicze uzyskuje się po napromienianiu w przypadkach ostrych zmian ropno-zgorzelinowych. Często po dwu, trzech tygodniach, w miejscu jamy stwierdza się badaniem radiologicznym obecność tylko pasma włóknistego lub blizny, a w miejscu nacieków zgorzelinowych pozostają nierównomierne zacienienia wywołane przez pasma tkanki włóknistej wśród powietrznego miąższu płucnego.

W przypadkach ropienia przewlekłego, zadawnionego, gdzie jamy są otorbione przez otoczki bliznowato-ropne, poprawę ogólnego stanu chorego uzyskuje się względnie szybko po kilkakrotnych posiedzeniach leczniczych. Jednakże usztywnione ściany jam, często bardzo dużych, są przeszkodą do całkowitego wygojenia ropnia. Rokowanie w tych przypadkach jest mniej pomyślne, leczenie musi trwać czas dłuższy, a serie napromienian musi się powtarzać w odstępach kilku-tygodniowych. Przypadki zgorzeli, które występują w przebiegu rozstrzeni oskrzelowych są bardzo uporczywe i wyniki lecznicze uzyskuje się znacznie gorsze.

Spośród jedenastu przypadków ropni i zgorzeli płuc, leczonych promieniami Roentgena, u ośmiu chorych uzyskaliśmy całkowite wyleczenie spraw ropno-zgorzelinowych. W jednym przypadku (chory L.) przy usadowieniu ropnia zgorzelinowego w części przywnękowej płuca prawego, po upływie dziesięciu tygodni nastąpiło pogorszenie sprawy, która nie była jeszcze całkowicie wyleczona. Chory zgłosił się do dalszego leczenia. Podkreślić wypada, że chory ten po przejściu pierwszej serii napromienian wybitnie się poprawił, a wymownym dowodem tego jest przybytek wagi ciała około 12 kg.

W dwóch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne w czasie leczenia, przy czym u chorego Cz., z naciekiem ropno-zgorzelinowym prawego dolnego płata, mimo początkowej poprawy, sprawa została skomplikowana ropniem podprzeponowym, co z niedomogą krążenia doprowadziło do śmierci. U chorego K., z przewlekłym ropniem zgorzelinowym wielkości pięści w dolnej połowie lewego pola płucnego, nastąpiła śmierć już w początkach leczenia, po trzech posiedzeniach leczniczych, z powodu postępującego wyniszczenia ogólnego i niedomogi krążenia.

Z ośmiu przypadków, z pomyślnym wynikiem leczniczym, mieliśmy u jednego chorego ropno-zgorzelinowe, wędrujące, rozlane zapalenie górnego płata strony prawej, ponadto dwa przypadki ropni zgorzelinowych i 5 przypadków ropni, a w tym jeden powikłany otokiem ropnym w opłucnej.

Wiek chorych, ze schorzeniami ropnymi lub ropno-zgorzelinowymi płuc, leczonych promieniami Roentgena był od 17 do 66 lat. Najstarszy chory, u którego uzyskaliśmy pomyślny wynik leczenia miał 62 lata, pięciu chorych było w czwartym dziesiątku lat, u najmłodszego chorego, po kilku miesiącach, nastąpiło pogorszenie sprawy chorobowej, niewyleczonej jeszcze doszczętnie. Pod względem umiejscowienia, w jednym przypadku sprawa chorobowa toczyła się w górnej części pola płucnego, w 4 przypadkach — w środkowej, a w 6 przypadkach — w dolnej części pola płucnego. W jednym przypadku, który skończył się niepomyślnie, sprawa chorobowa umiejscowiona była w polu środkowym, a w drugim przypadku, zakończonym śmiercią, w polu środkowym i dolnym. U wszystkich chorych stwierdzono w plwocinie obecność włókien sprężystych, a u dziesięciu chorych udało się rentgenologicznie stwierdzić obecność jamy, albo jam, u niektórych dopiero po wielokrotnym badaniu. Czas trwania sprawy chorobowej, przed rozpoczęciem leczenia promieniami Roentgena, wynosił najmniej trzy tygodnie.

a w przeważnej ilości przypadków około sześciu tygodni. W trzech przypadkach — około $2^1/_2$ miesiąca.

W czasie leczenia promieniami Roentgena zmian ropnych, czy ropno-zgorzelinowych, daje się zauważyć, że prawie u wszystkich chorych po pierwszym napromienieniu okolicy ropnia, a czasem także i drugim, występuje pogorszenie, chorzy czują się więcej osłabieni i zmęczeni, gorączka podnosi się, chorzy odpluwają więcej, plwocina staje się rzadszą, a kaszel mniej męczący.

Wyraźna poprawa występuje po trzecim napromienieniu, poprawia się łaknienie, gorączka obniża się lub ustępuje, zmniejsza się ilość odpluwanej plwociny, plwocina mniej cuchnie. Leukocytoza obniża się.

A teraz podamy krótko historie choroby kilku leczonych.

Chora K. A., lat 36. L. dz. R. 531. Przed 3 tygodniami urodziła piąte dziecko. W trzecim dniu połogu zaczęła gorączkować, a w kilka dni później wystąpiła nagle duszność, kaszel, krwioplucie i kłucie w prawym boku. Kaszel, gorączka i odpluwanie plwociny zielonkawo-żółtej utrzymywały się do dnia przyjęcia do szpitala. W dniu przyjęcia stan chorej ciężki, gorączka 38,8°, skóra blada, odżywienie podupadłe, oddech cuchnący. Nad dolną częścią płuca prawego przytłumienie, szmery oddechowe oskrzelowe, liczne rzężenia średnio i grubo-bańkowe dźwięczne. Stłumienie względne serca w granicach prawidłowych, nad końcem serca szmer skurczowy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno 108 na minutę, miarowe, miernie napięte. Wątroba na 3 palce poniżej łuku żebrowego, śledziona nie powiększona. W pierwszych dniach po przyjęciu do szpitala chora gorączkowała do 39° i odpluwała na dobę 150 cm³ plwociny ropnej, cuchnącej. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność w plwocinie prątków wrzecionowatych. Włókna sprężyste w plwocinie obecne. Leukocytoza 12.000 ze znacznym przesunięciem w lewo. Odczyn Wa ujemny. Badanie rentgenologiczne płuc (ryc. 1) wykazało: poniżej wnęki prawej między kopułą przepony a obrysem serca jamę wielkości jaja kurzego z poziomem płynu. Naciek w okolicy jamy. U chorej wykonano 6 napromienień. Chora w dniu 16. V. 1936 r. otrzymała 60 r. i 19. V. 100 r. na okolicę ropnia z boku, 23. V. i 2. VI. po 100 r. na okolicę ropnia z tyłu klatki piersiowej i 10. VI. i 17. VI. po 60 r. na okolicę ropnia z przodu klatki piersiowej. Po pierwszych 3 naświetlaniach (ryc. 2) stan chorej uległ znacznej poprawie, plwocina przestała cuchnąć, a ilość jej zmniejszyła się do 10 cm³ na dobę, chora przestała gorączkować. Po 6 napromienieniach (ryc. 3) jama ropnia znacznie się pomniejszyła, a po pięciu tygodniach leczenia jama zabliźniła się. Badaniem fizykalnym w miejscu dawnego ropnia poza nieznacznym przytłumieniem i upośledzeniem ruchomości przepony zmian nie stwierdzało się, a badanie rentgenologiczne (ryc. 4) wykazało nieznaczne zacienienie bliznowate na ograniczonej przestrzeni.

Chory O. W., lat 35. L. dz. R. 398. zachorował przed trzema tygodniami. Wystąpiły dreszcze, gorączka, kłucia w boku prawym, kaszel z odpluwaniem plwociny z początku krwawej, później rdzawej. Od tygodnia odpluwa znacznie więcej, na dobę około jednej szklanki cuchnącej plwociny. Przy przyjęciu chory wyniszczony, blady, oddech cuchnący. Nad górną częścią płuca prawego objawy nacieku z rozpadem. Serce w granicach prawidłowych, tony ciche, tętno około 100 na minutę, miernie napięte, miarowe. Gorączka 39,6°. Leukocytoza 14.000, ze znacznym przesunięciem w lewo. Odczyn Wa ujemny. Ilość dobowa plwociny w pierwszych trzech miesiącach od 150—400 cm³, ropna szaro-żółta, cuchnąca, zawierająca włókna sprężyste. Badanie bakteriologiczne nie wykazało obecności prątków Kocha, a natomiast stwierdzono wielokrotnie prątki wrzecionowate i krętki. Badanie rentgenologiczne (ryc. 5) wykazało zacienienie całego górnego płata, w którym później stwierdzano rentgenologicznie obecność jamy z poziomem płynu.

Dwumiesięczne leczenie zachowawcze chorego z początku przetworami chininy, później wlewaniami dożylnymi nowoarsenobenzolu nie przyniosło poprawy, wyniszczenie postępowało, stan gorączkowy utrzymywał się, ilość odpluwanej plwociny dochodziła do 300 cm³ na dobę. Zastosowano więc leczenie promieniami Roentgena.

Chory otrzymał 14. I. i 17. I. 1936 r. po 150 r. na górny płat prawy z przodu klatki piersiowej, 22. i 25. I. po 150 r. na prawy górny płat od tyłu, 5. II. na górny płat prawy z przodu 150 r., 7. II. na górny płat prawy od tyłu 150 r., 11. II. na górny płat z przodu 150 r., 13. II. od tyłu 150 r., 14. II. z przodu 150 r., 26. II. z przodu 100 r., 2. III. od tyłu 100 r., 6. III. i 13. III. po 60 r. na środek pola płucnego prawego z przodu. Ogółem chory otrzymał 14 napromienień.

W czasie napromienień stan chorego zaczął się poprawiać, po pierwszych sześciu posiedzeniach przestał gorączkować, cuchnienie plwociny ustąpiło, a ilość jej zmniejszyła się do 60 cm³ na dobę. Po ósmym napromienieniu nie stwierdzono w plwocinie włókien elastycznych. Badanie rentgenologiczne (ryc. 6) wykazało zaciąganie się jamy, zmętnienie górnego płata uległo znacznemu przerzedzeniu, jedynie zmętnienie naciekowe w trzecim międzyżebrzu dość intensywne. Opuścił szpital w stanie wybitnej poprawy.

Chory S. W., lat 18, L. dz. R. 625. Przed 4 dniami wystąpiły dreszcze, gorączka, kłucia w lewej stronie klatki piersiowej, kaszel z odpluwaniem plwociny z początku krwawej, później gęstej rdzawej. W dniu przyjęcia stwierdzono u chorego zapalenie włóknikowe płuca lewego z obecnością wysięku w opłucnej lewej. W 7 dniu pobytu w szpitalu chory zaczął się pocić, gorączka stała się przerywaną, wieczorami dochodziła do 38,5°. Stan chorego zaczął się nieco poprawiać, odpluwał plwocinę ropną do 150 cm³ na dobę. W plwocinie stwierdzono obecność pałeczek Friedländera, włókien sprężystych nie znajdowano. Od drugiego do szóstego tygodnia pobytu chorego w szpitalu stale utrzymywały się nad płucem lewym objawy nacieku zapalnego i obecność płynu w tylnej części opłucnej lewej. Wykonane nakłucie potwierdziło nasze przypuszczenia, stwierdzono płyn ropny, z obecnością dwoinek zapalenia płuc. W kilka dni później wykonano powtórne nakłucie i wypuszczono płyn z opłucnej w zupełności. Stan chorego nie poprawiał się, chory odpluwał więcej, a w plwocinie stwierdzono obecność włókien sprężystych. Badanie rentgenologiczne (ryc. 7) wykazało przy sylwetce serca owalne wyjaśnienie, podejrzane na jamę ropnia, a zdjęcie płuc (ryc. 8) wykonane w kilka dni później wykazało obecność jamy na poziomie czwartego lewego żebra. U chorego zastosowano leczenie promieniami Roentgena i w dniu 26. IX., 29. IX. i 2. X. 1936 r. otrzymał po 60 r. na okolicę ropnia z przodu klatki piersiowej. 22. X. 100 r. na okolicę ropnia od tyłu klatki piersiowej. Po pierwszych trzech napromienieniach stan chorego zaczął się poprawiać. Chory przestał gorączkować, wróciło łaknienie, zaczął przybywać na wadze, ilość odpluwanej plwociny zmniejszyła się tak, że w ostatnich dniach pobytu w szpitalu prawie nie odpluwał. Objawy nacieku zniknęły, a badaniem fizykalnym stwierdzało się jedynie upośledzenie ruchomości oddechowej przepony lewej i przytłumienie nad dolną częścią płuca lewego, szmery oddechowe pęcherzykowe. Rentgenologicznie (ryc. 9) jama niewidoczna, naciek znikł, przepona lewa gorzej ruchoma oddechowo.

Chory J. W., lat 61. L. dz. R. 441. Na dzień przed przyjęciem do szpitala dostał silnych dreszczów, gorączki, wystąpił kaszel i kłucia w lewej połowie klatki piersiowej. Przy przyjęciu do szpitala ciepłota ciała 40,6°. Chory budowy astenicznej, o odżywieniu podupadłym. Nad środkową i dolną częścią płuca lewego objawy nacieku zapalnego. Serce w granicach prawidłowych, tony serca ciche, tętno 102 na minutę. W zakresie innych narządów zmian nie stwierdzono. Po tygodniowym pobycie w szpitalu oddech chorego cuchnący, chory zaczął odpluwać do 150 cm³ na dobę, plwociny cuchnącej, barwy szaro-brudnej. Badanie plwociny wykazało obecność włókien sprężystych, a badanie bakteriologiczne plwociny wykazało skąpą florę bakteryjną, złożoną przeważnie z ziarenkowców, oraz obecność prątków wrzecionowatych i krętków. Leukocytoza stale około 20.000. Badanie rentgenologiczne wykazało naciek z jamą w części przywnękowej płuca lewego. Chorego leczono wstrzykiwaniami preparatów chininowych i wlewaniami nowarsenobenzolu dożylnie. Pięciotygodniowe leczenie nie poprawiło stanu chorego poza obniżeniem gorączki do 37,8°, odpluwanie cuchnącej plwociny do 100 cm³ na dobę utrzymywało się nadal. Chorego w dniu 22. II. 1936 r. zaczęto leczyć promieniami Roentgena i w dniu tym otrzymał 60 r. na okolicę ropnia po stronie lewej od tyłu. W dniu 25. II. 100 r., 28. II. 150 r., 2. III. 150 r. z przodu klatki piersiowej, 5. III. 150 r. od tyłu, 9. III. 150 r. z boku, 12. III. 150 r. z przodu, 17. III. 100 r. z tyłu klatki piersiowej. Po kilku napromienieniach okolicy ropnia stan chorego zaczął się poprawiać, stany podgorączkowe ustąpiły, plwocina przestała cuchnąć a ilość jej zmniejszyła się do 10 cm³ na dobę, chory zaczął przybierać na wadze. Objawy nacieku ustąpiły, a badanie rentgenologiczne wykazało jednostajne wyjaśnienie pola płucnego, jedynie w zatoce przeponowo-żebrowej lewej przy-kręgosłupowo warstewka płynu z upośledzeniem ruchomości przepony.

Chory L. M., lat 17. L. dz. R. 576. Obecna choroba zaczęła się na 5 tygodni przed przybyciem do szpitala dreszczami, gorączką, kaszlem, kłuciami w boku prawym. Przed dwoma tygodniami odpluł dużą ilość plwociny bardzo cuchnącej i od tego czasu

plwocina stale cuchnie, wypełniając przykrą wonią cały pokój, a ilość jej dochodzi do jednej szklanki na dobę. W dniu przyjęcia chory blady, oddech cuchnący, zęby zepsute. Nad środkową i dolną częścią płuca prawego objawy nacieku z bardzo licznymi rzężeniami grubobańkowymi, dźwięcznymi, poniżej wnęki prawej. W innych narządach zmian nie stwierdzono. Po przybyciu w pierwszych dniach, chory gorączkował do 39°, odpluwał do pół litra plwociny zielonkawo-brudnej na dobę. W plwocinie stwierdzono włókna sprężyste, a badanie bakteriologiczne wykazało obecność prątka wrzecionowatego i dwoinek Friedländera. Leukocytoza 19.000. Badanie rentgenologiczne wykazało szerokie zaciemnienie naciekowe przy wnęce prawej z jamą. Chorego skierowaliśmy do leczenia promieniami Roentgena i chory w dniu 9. VII. otrzymał 60 r. na okolicę wnęki prawej, 13. VII. 100 r. na okolicę wnęki prawej, 16. VII. 100 r. na okolicę wnęki prawej od tyłu, a 21. VII. na okolicę wnęki prawej z przodu 100 r. Po otrzymaniu czterech napromienień stan chorego zaczął się poprawiać; chory przestał gorączkować, ilość plwociny stopniowo zmniejszała się. Plwocina przestała cuchnąć, a przed opuszczeniem szpitala chory odpluwał jeszcze do 50 cm³ na dobę. W czasie 10-tygodniowego leczenia chory przybrał na wadze 12 kg. Po pierwszej serii naświetlań nad wnęką prawą wysłuchiwało się rzężenia drobno- i średnio-bańkowe niedźwięczne. Badanie rentgenologiczne wykazało pola płucne o rysunku prawidłowym, wnęka prawa rozszerzona o obrysach zatartych. Chorego z poprawą skierowano do leczenia klimatycznego. Chory ten przed kilku dniami po 12 tygodniach po opuszczeniu szpitala zgłosił się do leczenia z powodu pogorszenia się niewyleczonej zupełnie sprawy ropno-zgorzelinowej w płucu prawym.

Chora J. H., lat 55. L. dz. R. 578. 13. VII. 1936 zachorowała przed 5 tygodniami, wystąpił silny kaszel, dreszcze, gorączka, krwioplucie, kłucie w boku prawym. Od tego czasu co kilka dni dreszcze powtarzają się, gorączkuje. Odpluwa coraz więcej. W dniu przyjęcia do szpitala stan ogólny chorej mimo pięciotygodniowego trwania choroby dość dobry. Nad dolną częścią prawego płuca objawy nacieku. Serce wielkości prawidłowej, tony serca ciche. W plwocinie nie cuchnącej, w ilości 120 cm³ na dobę, włókna sprężyste obecne. Prątków Kocha, prątków wrzecionowatych ani krętków nie znaleziono. Leukocytoza 10.000. Badanie rentgenologiczne wykazało nad prawą przeponą obecność jamy wielkości orzecha włoskiego, wśród nieregularnego nacieku zapalnego. Chora była leczona promieniami Roentgena i otrzymała 13. VII. 100 r., 16. VII 150 r. i 20. VII. 100 r. na okolicę ropnia.

Stan chorej po 3 napromienianiach okolicy ropnia znacznie się poprawił, odpluwała do 10 cm³ plwociny na dobę, przestała gorączkować. Badanie rentgenologiczne wykazało delikatnie zarysowane zaciemnienie nad prawą przeponą. Badaniem fizykalnym objawów nacieku nie stwierdzono.

Chory Z. A., lat 62. L. dz. R. 546, od 2 tygodni gorączkuje i kaszle, a od 5 dni odpluwa pełnymi ustami plwocinę cuchnącą, barwy zielonkawej z domieszką krwi. Chory przybył do szpitala w stanie ciężkim, wyniszczony. Nad płucem lewym, w części środkowej przy wnęce objawy nacieku z jamą, poza tym w płucach objawy rozedmy. Serce w granicach prawidłowych, tony serca ciche. Wątroba na dwa palce poniżej łuku żebrowego, bolesna. Po przyjęciu do szpitala chory gorączkował do 38°, odpluwał 450 cm³ plwociny ropnej, cuchnącej na dobę. W plwocinie stwierdzono włókna sprężyste i obecność prątków wrzecionowatych i krętków. Leukocytoza 18.000. Odczyn Wa ujemny. Badanie rentgenologiczne wykazało naciek z jamą i poziomem płynu we wnęce lewej, przy czym naciek sięgał aż do przepony. Chorego skierowano do leczenia promieniami Roentgena i w dniu 2. VI. 1936 r. otrzymał 60 r., 5. VI. 100 r. na okolicę ropnia z przodu, 9. VI. 100 r. od tyłu, 13. VI. 100 r. z boku, 18. VI. 100 r. z przodu. Po napromienianiach stan chorego znacznie się poprawił, plwocina przestała cuchnąć, a ilość jej zmniejszyła się znacznie. Chory w stanie znacznej poprawy opuścił szpital.

Chory M. S., lat 34. L. dz. R. 661. Dwa tygodnie przed przyjęciem do szpitala wystąpiły u chorego kłucia w boku lewym, dreszcze, gorączka, kaszel z odpluwaniem plwociny żółtej, której ilość stopniowo się zwiększała, a z początkiem drugiego tygodnia trwania choroby chory zauważył cuchnienie plwociny. W dniu przyjęcia do szpitala chory średnio odżywiony, blady, oddech cuchnący. Nad dolną częścią płuca lewego objawy nacieku, poza tym nad płucami objawy kataru oskrzeli. W narządach wewnętrznych większych zmian nie stwierdzało się. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu chory gorączkował do 38.5°, odpluwał na dobę do 300 cm³ cuchnącej plwociny. W plwocinie włókna sprężyste obecne. Leukocytoza 10.000. Badanie rentgenologiczne (ryc. 10) wykazało na poziomie chrząstki V żebra jamę ropnia z naciekiem w otoczeniu. Chorego skierowano do leczenia promieniami Roentgena i chory ten 17. XI. otrzymał 60 r. na okolicę ropnia z przodu klatki piersiowej, 20. XI. 100 r. z przodu klatki piersiowej, 25. XI. 60 r. z przodu klatki i 3. XII. 60 r. z tyłu klatki piersiowej. Po pierwszej serii napromienień stan chorego uległ znacznej poprawie, przestał gorączkować, cuchnienie plwociny ustąpiło, a ilość jej zmniejszyła się do 40 cm³ na dobę, jama ropnia uległa znacznemu pomniejszeniu (ryc. 11). Po dalszych napromienianiach chory przestał odpluwać, zaczął przybierać na wadze, objawy nacieku w miejscu dawnego ropnia w zupełności ustąpiły a badanie rentgenologiczne (ryc. 12) wykazało w miejscu dawnego ropnia nieznaczne zaciemnienia bliznowate na ograniczonej przestrzeni.

Wnioski.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń, jakkolwiek przeprowadzonych na małej ilości przypadków, należy przyjąć, że za pomocą promieni Roentgena można uzyskać całkowite wyleczenie ropni albo zmian ropno-zgorzelinowych, toczących się w miąższu płucnym.

Dawki energii promiennej, jak również i odstępy czasu pomiędzy poszczególnymi posiedzeniami leczniczymi, nie mogą być stosowane schematycznie, lecz indywidualnie, zależnie od jakości zmian i stanu chorego.

Poprawę stanu chorych uzyskuje się już po pierwszych trzech napromienianiach i to tym szybciej, im we wcześniejszym okresie choroby rozpoczęto leczenie.

Piśmiennictwo:

Bobrezkaja W. N. i Porchownik J. B.: Röntgenpraxis. H. 11. 1935. — L. Goldkorn: La presse Médicale. Nr 102. 1935. — Gorecki Z.: Polskie Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3. — Landau, Fejgin i Bauer: P. G. L. Nr 11. 1931. — M. Leon-Kindberg i R. Monod: Les abcès du poumon. Masson Ed. 1922. — M. Leon-Kindberg i Soulas: Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires. Congrès fr. de méd. Masson Ed. 1932. — Lewin G. i Fliederbaum: Warsz. Czas. Lek. Str. 395. 1927. — Ostrowski T.: P. G. L. Nr 13. 1932. — Ostrowski: Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3. — Cl. Regaud, A. Lacassagne et R. Ferroux: Radiophysiologie et Radiothérapie. Fasc. I. Vol. I. p. 63 et 87.

Dr Marian KOWALSKI. Kraków.

Społeczno-patologiczne znaczenie gośćca i jego zwalczanie.

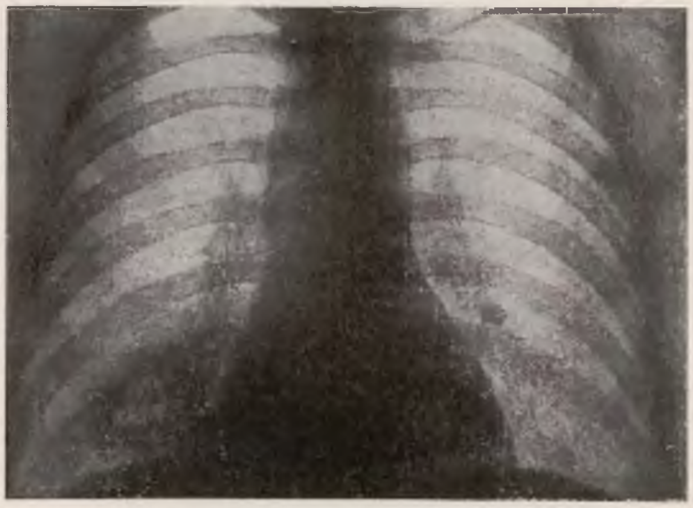
Część I.

W roku 1922 ogłoszone zostały w *Anglii* dane statystyczne, nie tylko dowodzące przerażającego rozpowszechnienia gośćca w narodzie, lecz również uzmysławiające ogromne obciążenie przez tę nagminną chorobę gospodarki narodowej. Dostarczone drogą ankiety publicznej przez Sir G. Neumann'a (Bryt. Minist. Zdrowia) liczby wykazują w samej Anglii i Walii 14,000.000 ubezpieczonych. Szósta część ogólnej niezdolności do pracy w przemyśle przypadała w roku 1922 na gościec. Obciążenie społeczne zakładów ubezpieczeń przeciw chorobom wynosiło 2,000.000 £ z powodu samego gośćca i wzrosło w roku 1927 do 5.000.000 £. Doliczyć do tego należy stratę przeszło trzech milionów tygodni pracy rocznie, wskutek niezdolności tych chorych do pracy. Strata ta wynosi, według W. Kinnear'a, 17,000.000 £ rocznie. We *Francji* wskazał F. Francon w swoim artykule, zatytułowanym „ Sprawa chorób gośćcowych w medycynie społecznej" *(Hôpital,* Nr 163, marzec 1926 r.), oraz później (1928 r.) łącznie z Weissenbachem w dziele „Przyczyny i leczenie przewlekłego gośćca", na olbrzymie szkody, jakie ta choroba wywołuje w gospodarce społecznej. Dzieło to zostało przyjęte we Francji omal jako sygnał alarmowy. Loeper, Bergeron i Varam (1916 r.) donieśli o szkodach wyrządzonych podczas wojny na froncie przez gościec, Blum i Wiesner (1930 r.) o rozpowszechnieniu gośćca wśród robotników i urzędników kolejowych w Alzacji i Lotaryngii, które wynosiło na ogół 20% stwierdzonych dni niezdolności do pracy, 13,6% zaś wszelkich wydatków na uposażenia itd.

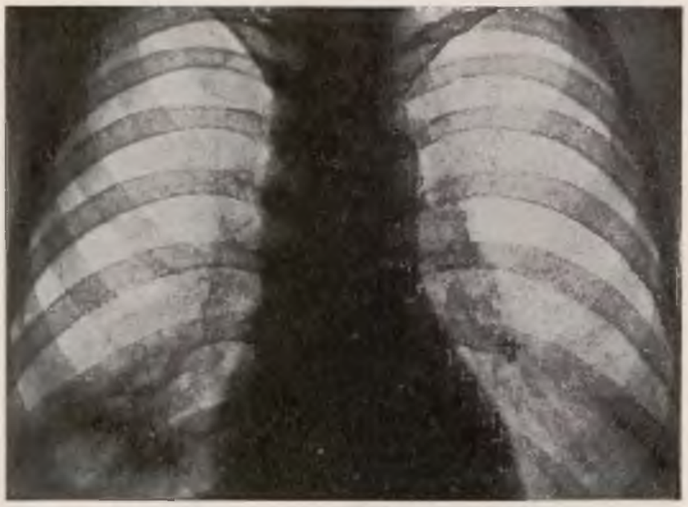
W *Niemczech* istnieją sprawozdania statystyczne. Sommerfeld'a, który wśród robotników przemysłowych Berlina stwierdził nie mniej, niż 4.000 chorych na gościec, na 33.000 chorych. Fischer dowiódł, że wśród robotników przemysłowych,



Ryc. 1.
Chora A. K., ropień płuca ponad przeponą prawą.



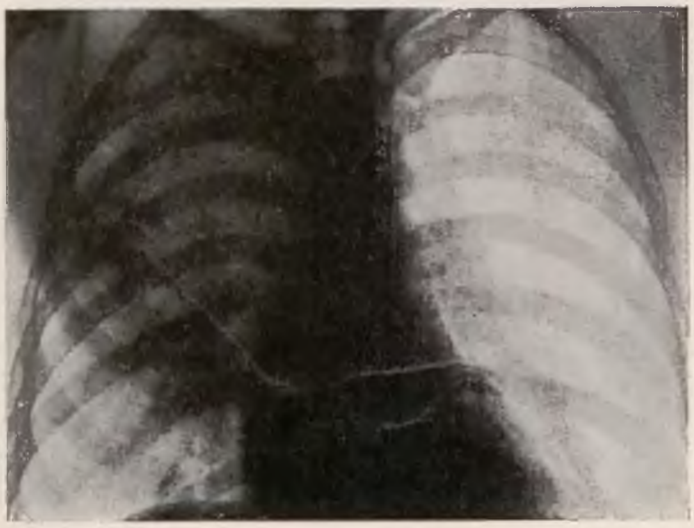
Ryc. 2.
Chora A. K., stan płuc po 3 napromienianiach rentgenologicznych.



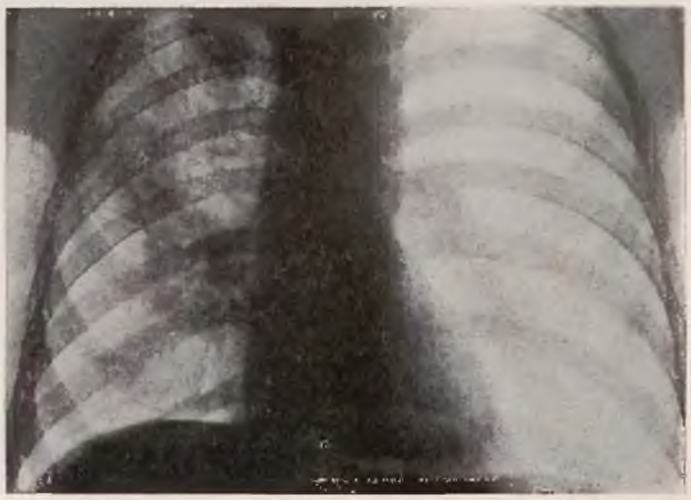
Ryc. 3.
Chora A. K., stan płuc po 6 napromienianiach rentgenologicznych.



Ryc. 4.
Chora A. K., blizna w miejscu ropnia po skończonym leczeniu.



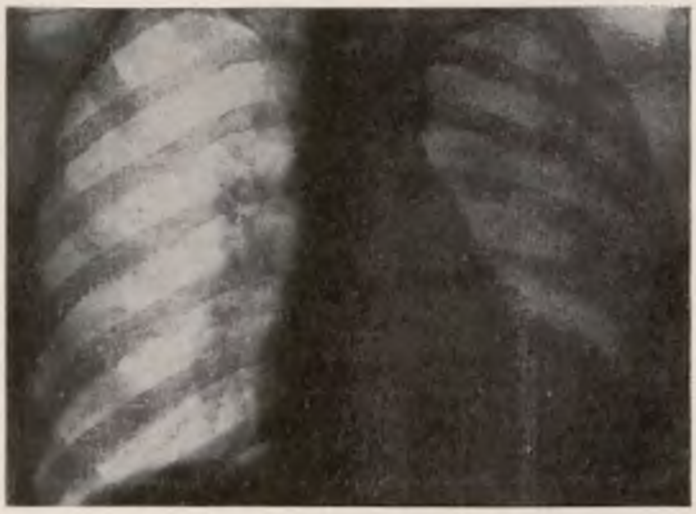
Ryc. 5.
Chory O. W., ropno-zgorzelinowy naciek płuca prawego.



Ryc. 6.
Chory O. W., stan płuc po zakończeniu leczenia. Nierównomierne zacienienia wskutek zwłóknień pozapalnych.



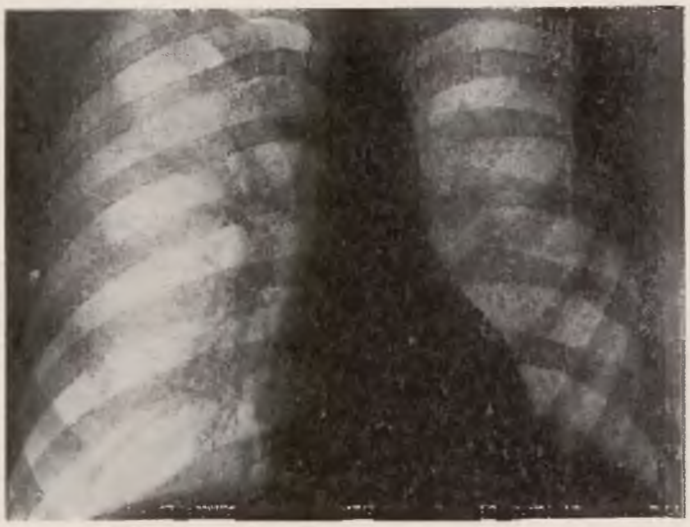




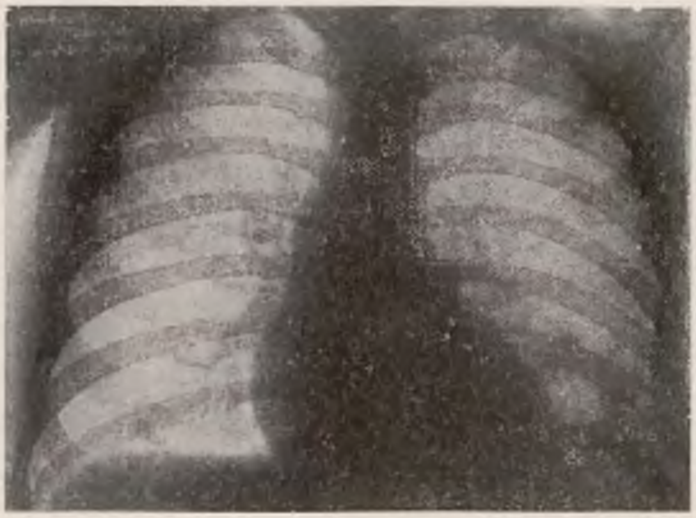
Ryc. 7.
Chory W. S., ropień lewego płuca ułożony poza sylwetką serca i powikłany otokiem opłucnowym (empyema).



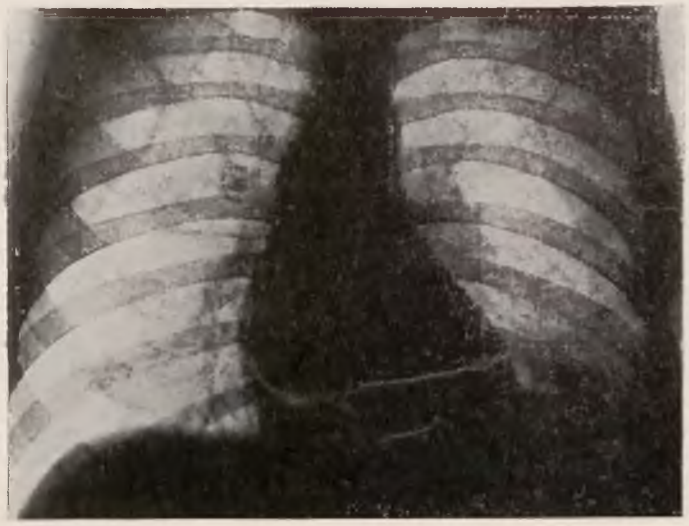
Ryc. 8.
Chory W. S., jama ropnia uwidoczniona na zdjęciu reliefowym lewo-bocznym.



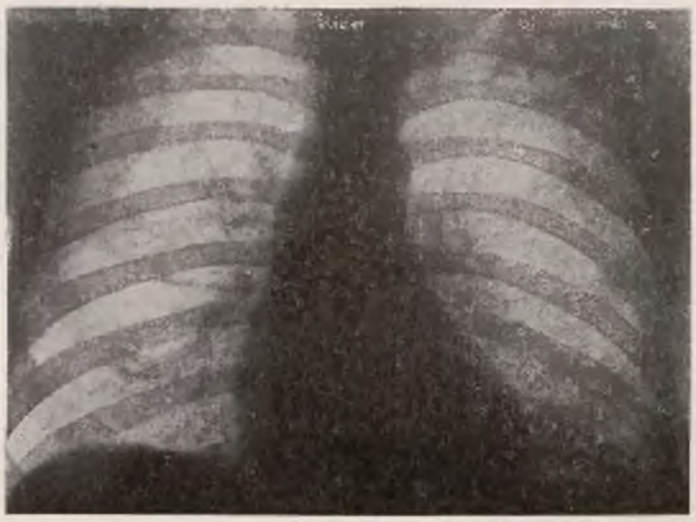
Ryc. 9.
Chory W. S., stan płuc po wyleczeniu.



Ryc. 10.
Chory M. S., jama ropno-zgorzelinowa ponad lewą przeponą.



Ryc. 11.
Chory S. M., stan płuc po 4 seansach leczniczych.



Ryc. 12.
Chory S. M., obraz płuc po zakończeniu leczenia.

w wieku ponad 40 lat, 58% miało przedmiotowe zmiany gośćcowe, a z tej liczby 20% ulegało nawrotowej niezdolności do pracy. Zimmer podaje, że u robotników niemieckich cierpienia stawowe i mięśniowe powodują 8,2 razy więcej niezdolności do pracy, niż gruźlica. W Dyrekcji Kolejowej w Argentynie gościec obejmuje 12,64% wszystkich rent inwalidzkich. Według sprawozdania Janssena, w *Danii* stwierdzono wśród 1,400.000 robotników około 42.000 chorych na gościec i dnę, nie wliczając w to całkowicie niezdolnych do pracy inwalidów. W roku 1923 liczba chorych na gościec, otrzymujących stałe wsparcia, wynosiła 1.700. W *Norwegii* przy liczbie mieszkańców, wynoszącej około 2,800.000, znajduje się 8.991 zupełnych inwalidów wskutek gośćca w wieku lat najwyżej 65 (J. Rumelhof). Inwalidzi ci, w liczbie około 9.000, obciążają państwo rocznie dwudziestu pięciu milionami franków renty inwalidzkiej. Podobnie brzmią liczby, stwierdzone przez Kahlmeter'a dla *Szwecji*.

Zawiodło by to nas zbyt daleko, gdybyśmy chcieli do podanych powyżej przykładów dodać jeszcze dalsze dane statystyczne i publikacje. Zdaniem moim, powyższe liczby wystarczają dla uprzytomnienia sobie, że również i w naszym kraju gościec, jako choroba nagminna, powoduje olbrzymie szkody gospodarcze i na podstawie statystyk, ogłoszonych w innych krajach, liczby te mogą instytucjom społecznym (kasom chorych, zakładom ubezpieczeń itd.) służyć za dostateczną wskazówkę, jak olbrzymie szkody gospodarcze wyrządza gościec.

Co się tyczy czysto lekarskiej strony zagadnienia gośćca, przyznać należy, że nauka lekarska poświęcała do niedawna zbyt mało uwagi tej niezmiernie rozpowszechnionej dziedzinie chorobowej, objętej zbiorowym mianem „gośćca". Nauka lekarska poświęcała dotąd znacznie więcej wysiłków innym, „bardziej niebezpiecznym" i „bardziej interesującym" dziedzinom chorobowym. Wystarczy wskazać na olbrzymie postępy badań lekarskich w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych i innych chorób nagminnych, mianowicie gruźlicy, kiły, raka, cukrzycy itd. W porównaniu ze zdobyczami, osiągniętymi w tych dziedzinach, można uważać postępy w walce z gośćcem, zarówno pod względem klinicznym, jako też leczniczym, co najmniej za nikłe. Faktem jest, że za pomocą naszych dotychczasowych metod leczenia nie byliśmy w stanie, choćby tylko częściowo, zahamować stałego wzrostu rozpowszechnienia gośćca.

Musimy przeto z zadowoleniem stwierdzić, że statystyki, ogłoszone w latach ostatnich w różnych krajach, przyczyniły się przynajmniej do tego, że poznano przede wszystkim wielką doniosłość społeczno-patologiczną tej nagminnej choroby i że badania lekarskie odtąd poważnie zajmują się tą sprawą. Liczba prac, poświęconych zbadaniu przyczyn i następstw gośćca w ostatnich dziesięciu latach stale wzrasta, przy czym podjęte są przede wszystkim usiłowania rozjaśnienia bardzo zagmatwanego zbiorowego pojęcia „gośćca". Zanim mianowicie przystąpimy do sprawy racjonalnego leczenia tej choroby, musimy przede wszystkim, chociaż w przybliżeniu, poznać rodzaj i przyczynę każdego poszczególnego przypadku chorobowego.

Znamy z prac dawniejszych i nowszych związek gośćca z gruźlicą, leczyć będziemy przeto te postacie schorzeń stawów i kości *(spondylitis)* innymi środkami i metodami, niż np. *arthritis urica*, która nic nie ma wspólnego z gruźlicą, lecz polega na zaburzeniach w przemianie materii. Musimy poza tym odróżnić postacie „gośćca", powstające wskutek zakażeń mieszanych (np. zakażeń paciorkowcowych), powodujące często ciężkie uszkodzenia serca. Znamy również dobrze stosunek wewnątrzwydzielniczej czynności gruczołów do gośćca i wiemy, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety w okresie przekwitania najczęściej chorują na „gościec" (zaburzenia w układzie siateczkowo-śródbłonkowym). Musimy również przeprowadzić różniczkowanie pomiędzy schorzeniami stawów, mięśni i nerwów (nerwoból, rwa kulszowa itd.), a nie oznaczać *wszystkiego* wprost mianem „gośćca". Liczne są również prace, zajmujące się różniczkowaniem i klasyfikacją tych różnych postaci i przyczyn gośćca. Wymienimy na tym miejscu prace G. Teissier'a i G. Rocque'a, Et. May'a, Paul Blum'a, F. Vidal'a i przede wszystkim klasyfikację, zaproponowaną przez międzynarodowy komitet gośćcowy. Badacz włoski Ceconi podał *(Minerva Medica*, 1930) następujący projekt odróżniania tych różnych postaci:

I. ostre, pierwotne, zakaźne i ostre wtórne zapalenia wielostawowe;

II. przewlekłe, zakaźne, pierwotne zapalenia wielostawowe i przewlekłe wtórne, zakaźne zapalenie poszczególnych stawów i wielostawowe;

III. niezakaźne, pierwotne i wtórne *arthritis, arthrosis, osteoarthritis;*

IV. *spondyloarthritis* i *spondyloarthrosis;*

V. gościec mięśniowy;

VI. gościec, nerwobóle i cierpienia kości.

My, lekarze praktykujący, nie jesteśmy przecież w stanie w każdym poszczególnym przypadku zaprzątać się ścisłą diagnostyką kliniczną. Chorzy zgłaszają się do nas nie dla obserwacji, lecz dla leczenia i oczekują od nas przede wszystkim możliwie szybkiego i możliwie trwałego uwolnienia ich od nieznośnych bólów i możliwie szybkiego przywrócenia im zdolności do pracy. Niestety, chorzy ci zgłaszają się do lekarza zawsze wtedy, gdy już przed tym, często w ciągu lat, a nawet dziesiątków lat, bezskutecznie często byli leczeni najrozmaitszymi „kuracjami". Bywają to rozpaczliwe przypadki, w których chorzy nie mogą już chodzić lub nawet siedzieć, ani leżeć, spędzają od lat bezsennie noce, wskutek czego organizm ich jest tak osłabiony, że chorzy ci nie są już w stanie odbywać ciężkich leczeń. Jeśli chorym takim przepiszemy znowu tylko leki (tabletki, pigułki, maści, plastry), porzucają nas możliwie szybko, ponieważ już lata całe bezskutecznie byli leczeni takimi „lekami", które mogą sami nabywać w aptece i wskutek tego powiadają sobie: „do tego niepotrzebny mi jest lekarz".

Ponieważ chorzy na gościec w niezmiernie rzadkich tylko i najcięższych przypadkach znajdują miejsce w klinikach i szpitalach, na ogół przeto *brak*, niestety, *kliniczno-leczniczych* doświadczeń i *sprawozdań z klinik.*

Jest zatem rzeczą konieczną, abyśmy, lekarze-praktycy, wzajemnie sobie komunikowali nasze doświadczenia i donosili o wynikach stosowanych przez nas metod leczniczych, co staje się możliwym jedynie na drodze praktycznego doświadczenia i wzajemnej wymiany myśli.

Co się tyczy leczenia gośćca, może ono być podzielone na trzy grupy:

1) leczenie farmaceutyczne (objawowe),
2) leczenie wodolecznicze, fizykalne i ortopedyczne,
3) tzw. leczenie bodźcowe.

Zarówno leczenie farmaceutyczne (salicyl, siarka itd.), jak wodolecznictwo i leczenie fizykalne są wśród lekarzy ogólnie rozpowszechnione i zbyteczne jest nad tym szczegółowiej się rozwodzić. Wiadomo, że zarówno leczenie farmaceutyczne, jak i wodolecznictwo oraz leczenie fizykalne w najlepszym razie daje tylko poprawę przejściową i jedynie w przypadkach szczególnie wyjątkowych poprawa ta trwa nieco dłużej.

Należy jednak otwarcie przyznać, że za pomocą tych kosztownych, wymagających dużo czasu, metod leczniczych nie posunęliśmy sprawy racjonalnego zwalczania gośćca daleko naprzód.

Zdaniem moim, na trzecią kategorię leczniczą, mianowicie na leczenie bodźcowe, zbyt mało dotąd zwracano uwagi.

Na podstawie moich doświadczeń, z praktyki codziennej, zasługuje to *leczenie bodźcowe co najmniej na równe uznanie* i zastosowanie, jak i inne metody leczenia. Nie chcę wszelako przez to powiedzieć, że wszystkie przypadki nadają się do leczenia bodźcowego, zupełnie tak samo, jak nie wszystkie przypadki nadają się do leczenia farmaceutycznego, wodolecznictwa lub leczenia fizykalnego. Wydaje mi się błędem zasadniczym chcieć zawsze za pomocą tylko *jednej* z tych trzech grup leczniczych zwalczać *wszystkie* różnorodne postacie chorobowe. Jeśli osiągamy dodatnie wyniki w poszczególnych przypadkach, za pomocą jakiegoś leku lub innych zabiegów leczniczych (wodo-, elektro- lub fizykoleczniczych) nie oznacza to bynajmniej, że metoda ta, stosowana we wszystkich przypadkach, prowadzi do celu. Twierdzenie to stosuje się oczywiście również i do leczenia bodźcowego. Jeśli w poszczególnych przypadkach skutek leczenia bodźcowego nie występuje natychmiast, nie oznacza to bezskuteczności tego sposobu leczenia, jako takiego, lecz, że się ten przypadek nie nadaje do leczenia bodźcowego. Już ze względu na różnorodne przyczyny tej dziedziny chorobowej, różny stopień odporności chorego osobnika (alergia, anergia) przy często zupełnie jednakowych wskazaniach, oczekiwać tego nie można.

Część II.

Rola skóry w patologii i leczeniu.

Do niedawna oceniano skórę wyłącznie z biernego stanowiska, jako ochronę przed działaniem czynników cieplnych, zarówno płynnych jak i stałych ciał, gazów, energii promienistej oraz bakteryj. Dopiero stosunkowo późno przekonano się, że skóra jest równie ważnym narządem, jak każdy inny i doniosłe jej znaczenie polega na różnych jej własnościach, jako to: oddychaniu, wydzielaniu trujących produktów przemiany materii, regulacji ciepła, jak również na ważnym jej udziale

w wytwarzaniu odczynów odpornościowych. Doniosłość tych cech skóry może, z braku bliższych pod tym względem wiadomości, być tylko zaznaczona w ogólnych zarysach. Ważną jest również rola skóry, jako ciała ochronnego przed oparzeniami. Głęboko sięgające rozlane oparzenia przebiegają często łagodniej, niż powierzchowne. Pogląd, że ciała wchłonione przez oparzoną skórę, wywołują ciężkie zatrucia, nie wydaje się dostatecznie przekonywującym. Można raczej przypuszczać, że powierzchowne rozlane oparzenia zmniejszają zdolność obronną skóry lub całkowicie ją znoszą. Obok nieznacznych, niedostrzegalnych odczynów powstaje szereg zadziałań, przy czym skóra zmienia swój normalny wygląd. W takich przypadkach występują wyraźnie odczyny obronne, w postaci zakaźnych lub niezakaźnych zapaleń.

Rola skóry jako nosiciela odporności oraz jako czynnika leczniczego znana była ludom pierwotnym już przed tysiącami lat. U Czerkiesów niewolnice tatuowane miały większą wartość z tego powodu, że uchodziły za mniej skłonne do zakażeń. Tatuowanie należy u niektórych ludów i sekt do religijnie, rytualnie obowiązujących zwyczajów powszechnych. W rzeczywistości oznaczało to dążność do zdobycia pewnego stopnia odporności ustroju względem różnych chorób i zakażeń. Z lekarskiego punktu widzenia tatuowanie to nie jest niczym innym, jak *uodpornianiem organizmu za pomocą bodźca skórnego*. Znany jest również zwyczaj ludowy, głównie u chłopów, że chorzy na gośćca poddają swoją skórę ukłuciom pokrzywy lub pszczół, w celu sztucznego zapalenia skóry i „wyleczenia“ tą drogą gośćca. Również i leczenie kąpielowe, czy to za pomocą znanych od setek lat kąpieli mineralnych, czy też za pomocą modnych obecnie kąpieli słonecznych, nie jest właściwie niczym innym, jak łagodną postacią *leczenia bodźcowego na drodze skórnej*. Wszystkie te, mniej lub więcej prymitywne, metody sztucznego wywoływania bodźca skórnego, cechuje jednak brak systematycznej, jakościowo i ilościowo odpowiedniej postaci.

Środki lecznicze, stosowane na skórę.

Goldenberg (Paryż), interesuje się głównie śródskórnym leczeniem bakteryjnym, cieszącym się obecnie w klinikach francuskich wielkim uznaniem. Znaczenie tej metody leczniczej wzrasta z dnia na dzień. W wielu pracach, poświęconych uodparnianiu przez skórę, zostało stwierdzone, że cel ten daje się osiągnąć na drodze skórnej w sposób następujący: przez wcieranie i przenikanie szczepionki w skórę, przez skaryfikację z następczym nałożeniem odpowiedniej szczepionki na powierzchnię skóry, wreszcie przez zastrzyknięcie szczepionki w skórę. Na tym miejscu wymienić należy najdawniejsze szczepienie śródskórne, mianowicie Jenner'a i Besredki (opaska, przepojona szczepionką i nałożona na zadraśniętą skórę albo lepiej zastrzyk). Wspomnieć również należy o doświadczeniach Balteanu i Tudorau z nakładaniem szczepionki na ogoloną skórę, przeciwko czerwonce. Do tej samej kategorii należy również podany przez Sahli'ego śródskórny zastrzyk tuberkuliny.

Pasteur, Vallery, Radot, Blamoulier osiągali odczulenie za pomocą skórnych zastrzyków stężonych roztworów peptonu w ilości 1, 2, 5 do 10 kropel, obojętne, w którym miejscu, jednakże w pobliżu zakażenia. Francuzi dowodzą, że skaryfikacja jest najlepszą postacią szczepienia skórnego. Koff donosi (*Med. Klin. Woch.* R. XX. Nr 39. Str. 1315, 1924), że po zastrzykach skórnych aolanu, kaseosanu, autohemoterapii osiągał dobre wyniki w schorzeniach stawów i skóry oraz w rzeżączce. Goldenberg i jego współpracownicy osiągali w doświadczeniach na zwierzętach duże ilości ciał ochronnych za pomocą małej ilości zastrzykniętego w skórę antygenu. Ilość użytego antygenu była 25 razy mniejsza od ilości, użytej do zastrzyków podskórnych. Drouet i Goldenberg donoszą o dobrych wynikach po zastosowaniu szczepionki paciorkowcowej w czyraczności, wągliku, ropniach gruczołów śródpiersiowych, różnych schorzeniach paciorkowcowych, cuchnącym nieżycie nosa i ropieniach okołozębowych. Znane jest także tzw. odczulenie na drodze skórnej w schorzeniach alergicznych (*rhinitis vasomotorica*, gorączka sienna itd.), osiągane przez Rethi'ego w Budapeszcie[1], jak również w klinikach Hajek'a[2] i prof. Glasa[3] w Wiedniu za pomocą szczepionki skórnej *Cutivaccin-Paul*. Z powyższych rozważań widoczna jest znaczna rola skóry w zakażeniach i uodpornianiu.

[1]) *Zeitschr. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh.* T. 26. Z. 2. 1930.

[2]) *Wien. Med. Woch.* Nr 48. 1931.

[3]) *Der Schnupfen.* Wiedeń, 1930. Prof. Glas.

Wnioski.

Skóra jest nie tylko zewnętrzną powłoką ochronną, lecz jednocześnie narządem, posiadającym obok innych właściwości i tę, że przepuszcza niektóre bakterie albo za pomocą alergicznych odczynów spełnia swoiste, stawiane jej wymagania i w ten sposób sprzyja powstawaniu odporności.

Skóra jest narządem, w którym się odbywają odczyny odpornościowe o wielkiej doniosłości. Mechanizm tych odczynów nie jest nam jeszcze dotychczas dokładnie znany. Szczepienie skórne nie tylko oznacza wytwarzanie odczynu, lecz wywołuje szczególne zjawisko, którego swoisty, przez szczepionkę wywołany tropizm stwarza działanie, wywierające w zakażonym organizmie zbawienny skutek leczniczy.

Szczepienie oznacza uczynnienie narządu, a to w celu dostarczenia przezeń tych ciał, jakich ustrojowi potrzeba dla skutecznego zwalczania czynników zakaźnych.

Dok. nast.

Marta BARANOWSKA. Kraków.

Antistreptina w leczeniu chorych na różę.

Z Oddziału Zakaźnego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr Józef Kostrzewski.

Ktokolwiek miał sposobność bliżej i częściej zetknąć się z chorymi na różę, przekonał się przed jak wielką stoi niewiadomą, jeżeli chodzi o długość trwania choroby, o nasilenie objawów ogólnych, o wygląd i szerzenie się zmian miejscowych i o ich sposób zejścia. Wiemy, że do znamiennych cech róży należy pełzanie zmian miejscowych, przenoszenie się ich z miejsca na miejsce, a równolegle z tym przycichanie lub narastanie objawów ogólnych. Wiemy, że skutkiem właśnie tej znamiennej cechy róży przypadki chorobowe, które zdają się dziś już kończyć, nazajutrz się zaostrzają, a zmiany miejscowe szerzą się do tego stopnia, że nieraz mogą objąć skórę całego ciała dosłownie od stóp do głów. I te zaostrzenia czy nawroty mogą trwać przez długie tygodnie.

Wiemy, że róża może przechodzić w ropowicę, że nieraz daje zgorzel miejsc nią dotkniętych, że czasem ulegają zropieniu węzły limfatyczne, a zdarza się także, co prawda niezbyt często, że przychodzi do ogólnego zakażenia paciorkowcowego. Nie trzeba podnosić, że w takich razach stan ogólny chorych przedstawia się mniej lub więcej ciężko. A dzieje się to mimo wszelkich starań ze strony lekarza, który stosuje miejscowo, czy doustnie różne środki (a wiele ich jest zachwalanych), mimo, że posługuje się takim, czy innym przetworem celem leczenia bodźcowego. Nic więc dziwnego, że leczony staje się niecierpliwy w związku z przewlekaniem i nasilaniem się choroby, a nawet zraża się do lekarza. Lekarz znowu czuje swą niemoc wobec przebiegu róży u tego czy innego chorego, co więcej nieraz ulega zniechęceniu, chociaż nie chce się do tego przyznać.

Nierzadko można się spotkać ze zdaniem i to słusznym, że jest rzeczą drugorzędną, co się stosuje miejscowo w przypadkach róży, gdyż zmiany miejscowe są tylko wykładnikiem zaburzeń, które zachodzą w ustroju, a nie odwrotnie. I ci uważają za rzecz ważniejszą i to słusznie, stosowanie środków, czy zabiegów z myślą nie tyle zadziałania na zmiany miejscowe, ile na całość ustroju.

Jak często i o jak różnych środkach jakoby niezawodnych na to, czy na inne schorzenie dowiaduje się obecnie lekarz! Najczęściej niestety skuteczność, tego czy innego zachwalanego środka jest zgoła odmienną od tej, jakiej po zastosowaniu go oczekiwał lekarz. Zgodnie z tym stanem rzeczy lekarz odnosi się do środków zalecanych przez tę, czy przez inną wytwórnię bez większego przekonania, a co więcej z niedowierzaniem.

W takim nastroju podjęto próby leczenia na tutejszym oddziale ostatnio bardzo zachwalanym środkiem — antistreptiną. Jest to amid kwasu paraaminobenzenosulfonowego o wzorze $C_6H_8N_2O_2S$ otrzymywany syntetycznie w fabryce chem.-farmac. „Geo“ w Warszawie, a wyrabiany w postaci białych tabletek bez smaku i zapachu; tabletka antistreptiny zawiera 0,3 g amidu kwasu paraaminobenzosulfonowego. Ma to być środek o działaniu chemoterapeutycznym.

Leczono 16 chorych na różę wspomnianym lekiem. We wszystkich przypadkach chodziło o ciężkie schorzenie, gdyż do szpitala są skierowywani zwykle ciężko, a nie lekko chorzy. Z tych 16 chorych był jeden przypadek róży po-

operacyjnej (róża uda), inne zaś były różą pierwotną i to w dwóch przypadkach róża podudzia, a w 13 przypadkach róża częściowo samej twarzy, albo twarzy i głowy owłosionej. Nie wdając się w szczegóły należy objaśnić, że u chorych tych chodziło przeważnie o trzeci i czwarty dzień choroby, gorączka na ogół sięgała 39° i powyżej, chorzy zwykle zamroczeni, prawie zawsze „wzięci", a zachowanie się układu krwionośnego odpowiednio do wysokości ciepłoty ciała, nieraz pozostawiało wiele do życzenia.

Po zastosowaniu w ciągu pierwszego dnia 6 tabletek antistreptiny, a w niektórych przypadkach nawet tylko 3 razy dziennie po jednej pastylce, już w następnym dniu stwierdzało się w stanie chorych wybitną poprawę: nie byli już tak złożeni niemocą, jak dnia poprzedniego, samopoczucie uległo polepszeniu, łaknienie wracało, ciepłota ciała opadła poniżej 37°, a równocześnie z tym i tętno się poprawiało. Zmiany miejscowe, które w róży tak chętnie posuwają się dalej, zatrzymywały się, a zajęta przez różę skóra znacznie przybladła, była mniej obrzękła, przy dotyku przestała być bolesną, sąsiednie zaś gruczoły limfatyczne mniej bywały nabrzmiałe i mniej wrażliwe na ucisk. Uderzającym było, że chorzy znosili spadek gorączki bardzo dobrze, nie pocili się i nie zauważono ani razu jakichkolwiek zaburzeń ze strony układu naczyniowego w rodzaju zapadu. W trzecim dniu leczenia zazwyczaj już chorzy byli bez gorączki, a skóra objęta różą tylko lekko podbarwiona, nieobrzękła, niebolesna, łuszczyła się. W ciągu następnych dni miejscowe zmiany cofnęły się doszczętnie, a w 5 lub 6 dniu od podania antistreptiny chorzy mogli już opuścić łóżko lub nawet szpital.

Przebieg więc całej choroby po zastosowaniu antistreptiny był znacznie skrócony, a nawrotów i powikłań nie spostrzegano w porównaniu do tego, co widywano na oddziale przed zapoznaniem się z antistreptiną.

Przeciętnie każdy chory zużywał 10—20 tabletek w ciągu swego pobytu w szpitalu, a długość podawania antistreptiny i ilość jej uzależniano od nasilenia choroby, bo w miarę ustępowania zmian miejscowych zmniejszano dawkę lub odstawiano lek. Stosowanie antistreptiny nie powodowało ujemnych objawów ubocznych czy to ze strony narządu krążenia, nerek (codzienna kontrola moczu), czy przewodu pokarmowego.

Na podstawie wspomnianych spostrzeżeń, które dotyczą wprawdzie skąpej ilości chorych, to jednak ze względu na znakomity skutek leczniczy u każdego z nich, można przewidywać, że spośród dotychczas stosowanych leków w przypadkach róży, antistreptina jest lekiem niedościgniomym. O ile spostrzeżenia te potwierdzą się na większej ilości przypadków, podawanie antistreptiny będzie stanowiło niezwykły postęp w leczeniu róży.

Dr Jerzy GOTLIB. Łódź.

Trzy przypadki ciężkiej róży wyleczone chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny.

Z Oddziału Zakaźnego Miejskiego Powszechnego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.
Ordynator: Dr M. Wolfson.

Kwestia leczenia róży pozostaje do dnia dzisiejszego sprawą nierozstrzygniętą i nie jest bynajmniej rzeczą błahą wybór dobrego środka w leczeniu róży, albowiem zachorowalność na różę jest znaczna i odsetek śmiertelności w tym schorzeniu dość duży. Wspomnę tylko, że w naszym szpitalu w ciągu ostatnich trzech lat było przeszło 700 przypadków róży, z czego odsetek śmiertelności wyniósł 6%.

Nic przeto dziwnego, że sprawa leczenia róży była wielokrotnie roztrząsana.

Stosowano przy róży różne środki i tak przede wszystkim stosowano i stosuje się nadal surowicę przeciwpaciorkowcową wieloważną lub też surowicę przeciw róży (obydwie wyrabiane przez P. Z. H.), domięśniowo w ilości 20—50 cm³. Surowica nie hamuje nagle sprawy chorobowej, jednak w wielu przypadkach sprawę tę osłabia. Z ostatnio stosowanych w leczeniu róży środków wymienić należy autohemoterapię lub też inne ciała nieswoiste białkowe, wprowadzane drogą wstrzykiwań domięśniowych. Herbst i Szulgina zalecają leczenie róży zasypką z dwuwęglanu sodowego ($NaHCO_3$). Metoda ta wprowadzona została przez Halley'a w roku 1931. Podstawą tego sposobu leczenia miałby być fakt, iż w ciężkich chorobach zakaźnych, do jakich należy i róża, powstaje kwasica. Stosowanie zasypki sodowej miałoby przywracać miejscową równowagę kwasowo-zasadową sprzyjającą cofaniu się sprawy zapalnej, wywołanej paciorkowcami. Lawender i Goldman podają dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu w leczeniu róży promieni pozafiołkowych (lampa kwarcowa), natomiast jeśli chodzi o naświetlanie promieniami Roentgena, to dobrych wyników nie otrzymywano i metodę tę w leczeniu róży zarzucono. Spośród wielu środków miejscowych, godzi się wspomnieć o stosowaniu pędzlowania zmienionej zapalnie skóry nalewką jodową.

Jak to można wnioskować z ostatnich doniesień, leczenie róży zyskało ostatnio znakomity środek w postaci barwika azowego, chlorowodorku sulfamido-dwuamino-azobenzenu (sulfamidochryzoidyny). Już od kilkunastu lat próbowano (Ejzenberg, Ditrichs, Jakobs, Hajdelberger) barwików azowych w leczeniu schorzeń paciorkowcowych, jednakowoż próby te ograniczały się przeważnie do doświadczeń laboratoryjnych, a to z tego względu, iż działanie *in vitro* barwików azowych na paciorkowce było bez skutku. Dopiero chlorowodorek sulfamidochryzoidyny wyodrębniony z tejże grupy przez Mietsch'a i Klarera w roku 1932, okazał się bardzo dobrze działającym *in vivo* (myszy, króliki zakażone paciorkowcami). Mimo, że i ten barwik również nie wykazywał niszczącego działania *in vitro* na paciorkowce, to jednak u zwierząt zakażonych paciorkowcami, po zastosowaniu tegoż barwika otrzymywano dobre wyniki (zwierzęta kontrolne ginęły, zwierzęta leczone szybko zdrowiały). Dalsze badania doświadczalne, prowadzone na małpach i królikach przez Domagka, Levaditiego i Vaismana wykazały, iż barwik ten posiada swoiste działanie przeciwpaciorkowcowe *in vivo*.

Barwik ten stosowany był w klinice Lemiera w Paryżu przez Meyera-Heynego, zaś w klinikach niemieckich przez Domagka, Schreusa, Klee, Römera, Püschla, Gmelina. Wszyscy ci autorzy potwierdzają wybitne działanie chlorowodorku sulfamidoazobenzenu na zakażenia paciorkowcowe (przede wszystkim róża u dorosłych i dzieci, dalej posocznica poanginowa, schorzenia zakaźne poporodowe, zapalenie wsierdzia paciorkowcowe, gościec stawowy ostry i przewlekły na tle zakażenia paciorkowcami). Autorzy w opisanych przez siebie przypadkach podkreślają szybkie zahamowanie sprawy chorobowej, i tak na przykład przy róży wysoka ciepłota opadała do normy już na drugi dzień po zażyciu preparatu, zaś zmieniona, obrzękła i zaczerwieniona skóra szybko wracała do normalnego stanu. Nie ma żadnych przeciwwskazań do stosowania sulfamidochryzoidyny ze strony serca, płuc i nerek. Preparat sam jest nieszkodliwy dla organizmu. Stosowany jest we Francji pod nazwą Rubiazolu, firma Bayer wytwarza go pod nazwą Prontosilu. Prontosil stosuje się doustnie w tabletkach po 0,3 g lub też w zastrzykach domięśniowych, jako *Prontosil solubile*. Prontosil szybko zostaje wchłonięty przez tkanki i już w godzinę po zażyciu doustnym barwi mocz na czerwono.

Posiadając niestety, niewiele tabletek Prontosilu, postanowiliśmy zastosować je w wypadkach ciężkich, w których, o ileby zadziałały, działanie to musiałoby uwidocznić się natychmiast. Wybraliśmy przypadek pierwszy możliwie najgorszy co do rokowania, była to róża twarzy.

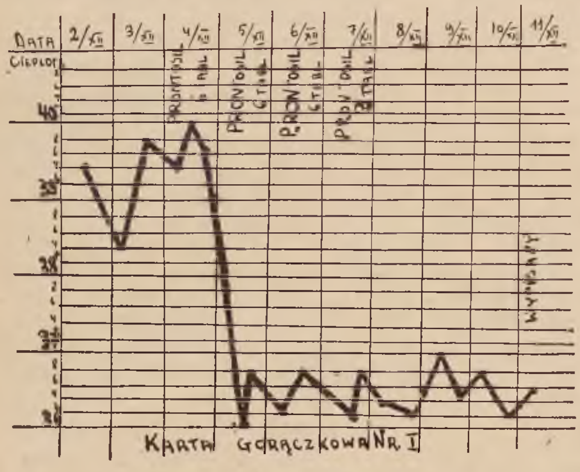
Przypadek I. Dnia 2. XII. 1936 r. skierowany został na oddział zakaźny naszego szpitala chory H. M., lat 31, z rozpoznaniem: róża twarzy. Chory przybył w stanie ciężkim, zamroczony, ciepłota 40°. Wywiad zebrany od rodziny: choruje od 4 dni. Początek choroby wśród objawów wysokiej gorączki, dreszczów. Drugiego dnia wystąpiło zaczerwienienie nosa, szybko szerzące się na policzki. Stan obecny w chwili przybycia do szpitala: stan ogólny ciężki, ciepłota 39°, tętno 110 na min., uskarża się na silne bóle głowy i nudności. Chory budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Skóra nosa, policzków, obu małżowin usznych i szyi bardzo bolesna, obrzękła o odcieniu lekko sinawym, zaczerwieniona. Brzegi zaczerwienienia nierówne w postaci wypustek sięgających w górę do ciemienia, w dół do obojczyków. Na policzkach widoczne poszczególne pęcherze żółtawe, wypełnione płynem surowiczym. Gruczoły podszczękowe powiększone. Kości, mięśnie i stawy bez zmian. Jama ustna bez zmian. Serce: granice normalne, słyszalne dwa tony głuche nad wszystkimi ujściami zastawek, tętno przyspieszone. Płuca: wypuk jawny, oddech pęcherzykowy. Jama brzuszna: wątroba i śledziona niemacalne. Badanie moczu: Ciężar gatunkowy 1027, odczyn kwaśny, białka 0,16‰, cukier nieobecny, diazo ujemne, osad: poszczególne ciałka czerwone w preparacie, 5—8 leukocytów w polu widzenia.

Okres od 2 do 4. XII.: stan bardzo ciężki, ciepłota do 40°, tętno 110 na min., zaczerwienienie nie obejmuje karku. Sinica kończyn. Chory otrzymuje *Camph.* + *Coff.* co 6 godz.

Dnia 4. XII. zaczęliśmy stosować Prontosil po 6 tabletek dziennie, każąc choremu rozgryzać je w ustach i popijać drobnymi łykami wody.

Dalszy przebieg choroby przedstawia najlepiej karta gorączkowa Nr 1.

Pierwsze tabletki otrzymał chory 4. XII., już nazajutrz rano ciepłota spadła do normy (36^0), ogólny stan uległ znacznej poprawie, ustały bóle głowy, sinica ustąpiła, tętno 90 na min. Drugiego dnia stosowania Prontosilu tj. dnia 5. XII. zaczerwienienie skóry zaczęło blednąć, czwartego dnia ustąpiło całkowicie, wraz z obrzękiem.



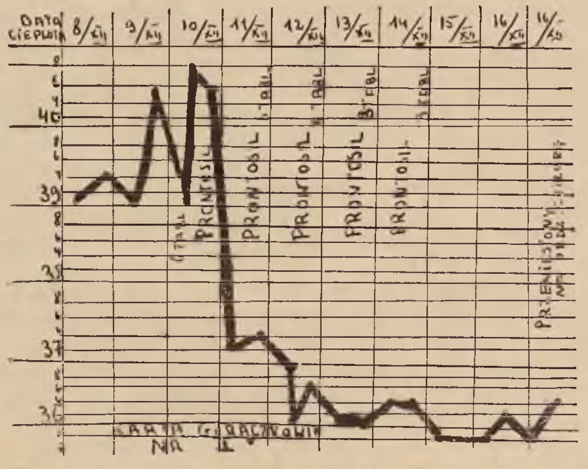
Wypisany 11. XII. zdrów. Badanie moczu przed wypisaniem: ciężar gat. 1013, odczyn kwaśny, białka ślad, cukier nieobecny, w osadzie poszczególne leukocyty w polu widzenia.

Chory otrzymał łącznie 21 tabletek Prontosilu tj. 6,3 g.

Przypadek II. Róża w przebiegu zapalenia szpiku kostnego. Dnia 9. XII. 1936 r. przeniesiono na oddział zakaźny z oddziału chirurgicznego naszego szpitala chorego S. K., lat 8. Chory przebywał na oddziele chirurgicznym od dnia 23. IX. 1936 r. z powodu zapalenia szpiku kostnego lewego podudzia, które wystąpiło po upadku. Dnia 30. IX. dokonano nacięcia lewego podudzia. Przez cały czas pobytu na oddziele chirurgicznym rana po nacięciu silnie ropiała i powoli się goiła, stany podgorączkowe.

Dnia 6. XII. chory nagle zagorączkował, dostał dreszczów, brzegi rany okazały się znacznie zaczerwienione. Zaczerwienienie szybko zajmowało całe podudzie, ciepłota 39—40^0. Dnia 9. XII. wobec stwierdzonej róży został przeniesiony na oddział zakaźny.

W chwili przybycia stwierdza się stan ciężki, ciepłota 40^0, tętno 140 na min. Chory nieco zamroczony, sinica warg, kończyn i nosa. Skóra: na podudziu lewym w 1/3 dolnej części po stronie zewnętrznej widoczna rana po cięciu długości 5 cm, o brzegach silnie ziarninujących, z której wydziela się znaczna ilość ropy. Skóra stopy i całego podudzia aż poza staw kolanowy jednostajnie zaczerwieniona, obrzękła, napięta. Zaczerwienienie sięga wypustkami ostro odgraniczonymi do połowy uda lewego.



Dnia 10. XII. Ciepłota 41^0, stan ogólny ciężki, tętno 160 na min. Zastosowano Prontosil 3 razy dziennie po 2 tabletki (6 tabletek dziennie). W ciągu pierwszych trzech dni chory otrzymywał po 6 tabletek dziennie, następne dwa dni po 3 tabletki dziennie.

Jak widzimy z karty gorączkowej Nr 2, ciepłota ostro spadła z 41^0 do 37^0 dnia 11. XII. tj. drugiego dnia stosowania Prontosilu, a trzeciego dnia wynosiła już 36,5^0. Skóra zbladła, obrzęk cofnął się tego samego dnia.

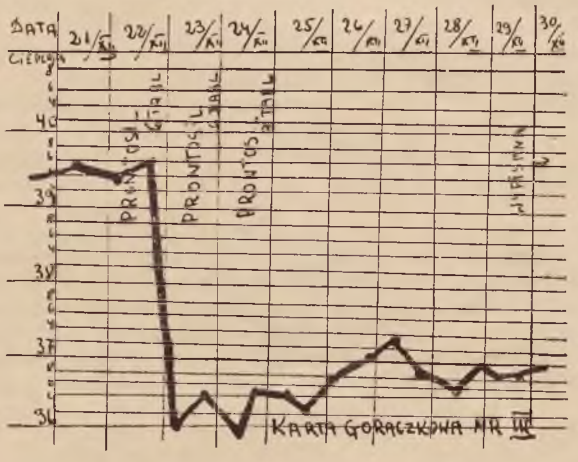
Dnia 12. XII. zaczerwienienie ustąpiło całkowicie, zaś rana początkowo znacznie ropiejąca wydziela minimalną ilość ropy. Chory oddawał podczas stosowania Prontosilu mocz czerwony, śluzówki były zabarwione czerwono. Badanie moczu dnia 12. XII. ciężar gat. 1015, odczyn kwaśny, białka ślad, cukier nieobecny, w osadzie poszczególne leukocyty i nabłonki.

Dnia 15. XII. ciepłota normalna, stan chorego dobry. Dnia 18. XII. chory wrócił na oddział chirurgiczny, obecnie (2. I. 1937 r.) rana zagojona, chory chodzi dobrze.

Otrzymał łącznie 7,2 g Prontosilu.

Przypadek III. Chora M. R., lat 45, przybyła na oddział zakaźny dnia 21. XII. 1936 r. z rozpoznaniem: róża twarzy. Jak wynika z wywiadów, przed 4 dniami uderzona została tępym narzędziem w głowę. Rankę na czole opatrzyła. Nazajutrz wystąpiła gorączka dochodząca do 40^0 i zaczerwienienie skóry postępujące z brzegów ranki na czoło i twarz. Stan obecny w chwili przybycia do szpitala: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, otyła. Skóra: ranka tłuczona wielkości 3 cm^3 na czole po stronie prawej na granicy uwłosienia, nieznacznie ropiejąca. Skóra czoła i twarzy jednostajnie zaczerwieniona, obrzękła, napięta. Ostry brzeg zaczerwienienia sięga w górę do ciemienia, w dół do szyi. Zaczerwienienie obejmuje obie małżowiny uszne. Serce: granice normalne, szmer skurczowy nad koniuszkiem, tętno 100, słabo wypełnione i napięte. Płuca: wypuk jawny, oddech pęcherzykowy zaostrzony, poszczególne furczenia. Jama brzuszna: wątroba wystaje na palec spod łuku żebrowego, tkliwa. Śledziona niemacalna. Ciepłota w chwili przybycia 39,3^0.

Dnia 22. XII. chora otrzymała 6 tabletek Prontosilu.



Dnia 23. XII. ciepłota opadła do normy. Chora otrzymywała w ciągu 2 dni po 6 tabletek Prontosilu, trzeciego dnia 4 tabletki. Drugiego dnia stosowania Prontosilu objawy róży znacznie się zmniejszyły, zaczerwienienie zbladło.

Dnia 25. XII. stan dobry, ciepłota normalna, objawy róży ustąpiły całkowicie, ranka pokryta strupem. Badanie moczu: ciężar gat. 1017, odczyn kwaśny, białko nieobecne, cukier nieobecny, odczyn dwuazowy ujemny, w osadzie poszczególne leukocyty.

Wypisana dnia 30. XII. jako wyleczona; otrzymała łącznie 4,8 g Prontosilu. Mocz oddawała czerwony, śluzówki były zaczerwienione.

Jak widzimy zatem we wszystkich trzech ciężkich przypadkach róży działanie chlorowodorku sulfamidodwuaminoazobenzenu (Prontosilu) wydaje się być niewątpliwe. Szybkie i radykalne działanie przeciwpaciorkowcowe, wywołujące w róży obniżenie ciepłoty, poprawę objawów ogólnych i objawów skórnych oraz przeciwdziałanie ropieniu podnoszą zalety tego preparatu.

We wszystkich trzech przypadkach nie stwierdziliśmy żadnego ubocznego działania, za wyjątkiem czerwonego zabarwienia moczu i śluzówek.

Naturalnie, iż spostrzeżenia dokonane na trzech przypadkach nie są dostatecznym dowodem, jednakowoż stanowią pewien przyczynek do kilkuset przypadków róży wyleczonych już chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny na klinikach niemieckich i francuskich.

Streszczenie.

Autor po omówieniu nowych poglądów na chemoterapię róży, (w szczególności działania związków azopochodnych) przedstawia trzy przypadki ciężkiej róży, leczonej chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny (Prontosilem). We wszystkich trzech przy-

padkach uzyskane wyniki lecznicze były nader dobre i wyrażały się nagłą zniżką ciepłoty, cofaniem się zmian zapalnych miejscowych i poprawą stanu ogólnego.

Piśmiennictwo:

1) Meyer-Heyne et Pierre Huguenin: Presse Médicale. 23, 1936. — 2) Schreuss: Dtsch. Med. Wschr. 7, 1935. — 3) Klee u. Römer: Dtsch. Med. Wschr. 7, 1935. — 4) Landau: Warsz. Czas. Lek. 31—32, 1936. — 5) Domagk: Klin. Wschr. 44, 1936. — 6) Gmelin: Münch. Med. Wschr. 6, 1935. — 7) Püschel: Fortschr. Ter. 2, 1935.

Mieczysław KOSIŃSKI. Asyst. Oddziału. Lwów.

Rokowanie i przebieg porodu u pierwiastek z nieustaloną główką pod koniec ciąży.

Z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.
Ordynator: Dr Seidler.

Zachowanie się główki płodu w stosunku do miednicy małej pod koniec ciąży jest jedną z różnic między pierwiastką a wieloródką. U pierwiastek z miednicą prawidłową obniża się bowiem główka do miednicy małej zazwyczaj w ostatnich tygodniach ciąży, podczas gdy u wieloródek pozostaje ona nad wchodem do końca ciąży i wstępuje do miednicy dopiero w czasie porodu. Okoliczność ta ma bardzo ważne znaczenie dla przebiegu porodu w przypadkach miednic ścieśnionych. Często bowiem, mimo ścieśnienia miednicy, poród u pierwiastki odbywa się siłami natury, dzięki temu, że główka wstępuje do miednicy na kilka tygodni przed porodem, a więc wtedy, kiedy jest znacznie mniejsza tak, że mimo ścieśnienia miednicy nie powstaje niestosunek porodowy.

U tej samej osoby w następnych ciążach główka pozostaje nad wchodem, a wtedy pojemność główki w stosunku do miednicy może być tak znaczna, że powstaje trudny do pokonania niestosunek porodowy. Wstępowanie główki do miednicy u pierwiastek pod koniec ciąży następuje pod wpływem działania pewnych czynników. W miarę powiększania się macicy przepona podnosi się ku górze, powłoki brzuszne rozciągają się. Napinające się coraz bardziej więzadła okrągłe ściągają całą macicę ku dołowi, jędrne powłoki brzuszne przypierają ją ku kręgosłupowi, wreszcie stosunki przestrzenne jamy brzusznej układają się w ten sposób, że macica nie znajduje w niej dość miejsca i pod wpływem działania więzadeł okrągłych dolna jej część wraz z główką wstępuje do miednicy. To zachowanie się główki u pierwiastek, tj. wstępowanie jej do miednicy pod koniec ciąży, ogólnie uważano za stan prawidłowy i fizjologiczny. Atoli nie brak było spostrzeżeń już od najdawniejszych czasów, że istnieją wyjątki z tego prawa i to niekiedy bardzo liczne.

W roku 1884 Litzman podaje, że w 29.5% przypadków, z prawidłowymi miednicami, główka pod koniec ciąży nie obniża się, zarówno u pierwiastek, jak wieloródek. Brühl idzie w roku 1885 nieco dalej w swych badaniach, uwzględniając rokowania; nie rozdziela on jednak przypadków, według prawidłowej lub zwężonej miednicy, lecz podaje ogólnie, że u pierwiastek w 75% w ostatnich 10 dniach przed porodem główka nie ustala się. Bumm w swoim podręczniku pisze, że główka u pierwiastek zwykle znajduje się we wchodzie do miednicy małej a nierzadko odcinkiem poniżej wchodu do niej. U wieloródek główka znajduje się wysoko ponad wchodem i jest ruchoma aż do pęknięcia pęcherza. Stöckel, przeciwstawiając pierwiastki wieloródkom, podkreśla, że u pierwszych przy prawidłowych wymiarach miednicy, w ostatnich 10 tygodniach ciąży, główka obniża się do miednicy małej, a na początku porodu może się znajdować w niej prawie całkowicie, podczas gdy u wieloródek pozostaje ruchoma ponad wchodem do miednicy małej aż do wystąpienia bólów porodowych. Hannes pisze, że u pierwiastek z prawidłową miednicą główka pod koniec ciąży przy zwiększającym się zagięciu, głęboko tyłogłowiem obniża się do miednicy małej. Również Döderlein uważa, że u pierwiastek zasadniczo obniża się główka z końcem ciąży i ustala się w wejściu do miednicy małej. Olshausen i Veit to samo podają w swym podręczniku. Jaschke przyjmuje, że u pierwiastek pod koniec ciąży główka się ustala. W roku 1912 Gaszyński Stefan w podręczniku „Akuszeria" pisze: „względy przestrzeniowe i większy stopień kurczliwości macicy u pierwiastek powodują, że w ostatnich 4—6 tygodniach ciąży główka płodu obniża się tak, że w chwili rozpoczęcia się porodu jest ustalona w wejściu". Nordmann w roku 1915 wypowiedział się w sprawie ustalenia główki w przypadkach prawidłowych miednic. Pisze on: „nie rzadko" u pierwiastek z prawidłowymi wymiarami miednicy główka w pierwszym okresie porodowym balotuje i dopiero w okresie wydalania obniża się do miednicy małej. Autor ten w swojej statystyce podaje, że w 30% przypadków główka u pierwiastek na początku porodu nie jest ustalona. N. Karbe w roku 1930 przeprowadzając badania na materiale klinicznym, obejmującym 110 przypadków pierwiastek, stwierdził, że w ostatnich 30 dniach przed porodem główka balotowała u 77.2%, a w ostatnich 24 godzinach przed porodem jeszcze w 52.1% była ruchoma nad wchodem. Wedle badań Anderodias J. i Mareille R. z roku 1930, na 193 przypadki u 101, tj. w 52%, główka ustaliła się dopiero w czasie porodu. U 67, tj. w 34%, główka ustaliła się na 8 dni przed porodem. W reszcie przypadków główka ustaliła się na 7—15 dni przed porodem. Poród przedłużał się w przypadkach z nieustaloną główką z końcem ciąży. Autorzy ci wyrażają zdanie, że w tych przypadkach należy liczyć się z większym prawdopodobieństwem wyczerpania mięśnia macicy. W roku 1932 Wallenstein ogłasza statystykę 2.053 przypadków, z których u 467, tj. w 22.75%, w ostatnich dniach ciąży główka nie była ustalona. W tym samym roku Pankow ogłasza wyniki swych badań na materiale, obejmującym 1959 pierwiastek. Autor ten stwierdził główkę ruchomą pod koniec ciąży w 260 przypadkach, tj. w 13.3%, z tych u 172 miednica była zwężona, tj. 66%. Przypadków zatem, w których nie było niestosunku porodowego, stwierdził 88, tj. 34%. Nie było więc zwężenia miednicy w 1/3 przypadków pierwiastek z nieustaloną główką. U 4.5% wszystkich pierwiastek (na 1959) główka balotowała nad wchodem do miednicy mimo, że nie było ani zwężonej miednicy, ani zbyt dużej główki i złego jej ustawienia. Za przyczynę tego nieustalenia Pankow uważa słabe napięcie macicy. Czas trwania porodu w powyższych przypadkach wynosił od 6—74 godzin. Porodów, ukończonych kleszczami, było 15%. W części tych przypadków kleszcze były zakładane na główce, znajdującej się w wychodzie miednicy. Pankow na podstawie tego dużego materiału dochodzi do wniosku, że poród u pierwiastek z nieustaloną główką na początku porodu, poza możliwością przeciągania się obniżania główki, nie powoduje żadnych powikłań.

H. Heynowsky w pracy z roku 1932 dopatruje się przyczyny nieustalenia się główki u pierwiastek pod koniec ciąży w niestosunku porodowym. Jego zdjęcia rentgenowskie wykazały, że w 1/3 części przypadków ruchomej główki istniało ścieśnienie miednicy, w 18% przypadków były to starsze pierwiastki, w 68% były to pierwiastki z wiotkimi powłokami brzusznymi; był to typ kobiet z mniejszą w ogóle wartością mięśni. Wreszcie w 14% był nadmiar wód płodowych przyczyną nieustalenia się główki. W 15% przypadków, z powodu braku postępu porodowego, założono kleszcze średnie, w 3.5% po wykonaniu bocznego nacięcia krocza, urodzono główkę zabiegiem Kristellera, w 6% z powodu podwyższonej ciepłoty matki ukończono poród kleszczami średnimi, w 71% przyp. poród przedłużał się do 80 godz. Prócz tego autor spostrzegał wyraźnie zaznaczony uraz porodowy. Heynowsky wypowiada zdanie, że należy się liczyć z pewnymi powikłaniami u pierwiastek z nieustaloną główką, jego zdaniem, wszystkie te pierwiastki powinno się skierowywać do zakładu.

Jak z tego krótkiego przeglądu piśmiennictwa widać, częstość utrzymywania się główki u pierwiastek ponad wchodem aż do czasu porodu jest u rozmaitych autorów bardzo różna i waha się od 4.5% (Pankow) do 77.2% (Karbe). Różnice więc bardzo duże. Ostateczne wyniki nie są jeszcze ujednostajnione, autorzy ostatnich prac, omawiających to zagadnienie, różnią się w ocenie tego zjawiska (Pankow i Heynowsky).

Wobec takiego stanu rzeczy, uważam za wskazane, ażeby większa ilość kliniki i zakładów, wypowiedziała się w tej sprawie, gdyż tylko na podstawie zebrania większego materiału, można sobie będzie wyrobić właściwy sąd. W tej myśli postanowiłem opracować materiał położniczy w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie za ostatnie dwa lata.

Za główki nieustalone uważałem te, które przy badaniu wewnętrznym dawały się łatwo ku górze odepchnąć, przy badaniu zewnętrznym zaś, przy pomocy chwytu Leopolda były ruchome i dawały się łatwo przesuwać z boku na bok. Cały materiał dla przejrzystości podzieliłem na 4 grupy:

Grupa I.	Pierwiastki, u których nie było można ustalić stosunku główki płodu do wchodu miednicy	471
Grupa II.	Pierwiastki z główką nieustaloną	421
Grupa III.	Pierwiastki z ustaloną główką	682

Grupa IV. Pierwiastki, u których było nieprawidłowe położenie płodu, mianowicie:

pośladkowe	43	
ciąża bliźniacza	14	
łożysko przodujące	4	
położenie poprzeczne	3	64
Razem		1.638

Grupa I powstała wskutek tego, że pewna część pierwiastek była przyjęta i badana już w pierwszym okresie porodowym, kiedy poród był w toku, a więc przypadki dla naszej statystyki stracone, gdyż ze względu na postęp porodu nie da się powiedzieć, jak się główka zachowywała pod koniec ciąży lub w chwili rozpoczęcia się porodu.

Grupa III i IV również nie nadaje się do zużytkowania w mej pracy, ze względu bądź to na ustalenie się główki w chwili przybycia do Zakładu (Grupa III), bądź to ze względu na nieprawidłowe położenie płodu (Grupa IV).

Wobec tego do zużytkowania pozostaje tylko *grupa II* i to z pewnym ograniczeniem, uwzględniłem bowiem w tej grupie tylko przypadki z prawidłową miednicą, ponieważ przypadki z nieprawidłowymi miednicami wymagają specjalnego omówienia i nie nadają się do zużytkowana w mej pracy. Do grupy II należą pierwiastki z ruchomą główką płodu. Na 1638 pierwiastek było 421 przypadków z główką nieustaloną, co stanowi *25.7%*. Odsetek ten nie odpowiada ściśle rzeczywistemu stanowi, jest on nieco wyższy, ponieważ napewne bardzo wiele przypadków grupy I i III można było zaliczyć do grupy II, gdybyśmy mieli byli sposobność badania wcześniejszego, tj. przed porodem, a nie dopiero w pierwszym okresie porodowym. Błędu tego nie da się uniknąć, ponieważ rodzące, czy ciężarne, zgłaszają się w rozmaitym okresie ciąży, lub porodu.

U każdej rodzącej uwzględniłem: wymiary miednicy, zachowanie się główki, przebieg porodu siłami natury, czy też operacyjny, czas trwania porodu, czas i sposób urodzenia się łożyska, przebieg połogu, stan powłok brzusznych i nasilenie bólów porodowych.

U dziecka: stan ogólny dziecka, ciężar, wymiary główki i stan dziecka w najbliższych dniach po porodzie. Przebieg porodu pierwiastek grupy II obejmuje tablica I.

Wiek rodzącej, zdaje się, nie ma poważniejszego znaczenia dla nieustalania się główki. Tak zwanych starszych pierwiastek (ponad *32* lat) było 44, tj. 10.4%, nie ma tu więc uderzającej zależności wzajemnej wieku i ustalania się główki. Jeżeli chodzi jednak o przebieg porodu u tych pierwiastek, to, jak widać, dość znaczny odsetek porodów ukończono operacyjnie, III okres porodowy zaś dawał dość znaczną liczbę powikłań. (Tablica II).

Jak z powyższego zestawienia wynika, starsze pierwiastki poważnie obciążają statystykę pierwiastek z nieustaloną główką płodu co do częstości wykonywanych operacyj. Ten znaczny odsetek porodów operacyjnych u starszych pierwiastek nie jest jednak w związku przyczynowym z balotującą główką, należy go raczej przypisać starszemu wiekowi tych osób, u których czynność porodowa częściej zawodzi.

U 38 pierwiastek (9%) można było stwierdzić wiotkie powłoki brzuszne. U osób tych ogólny rozwój wszystkich mięśni był gorszy. A więc należy przyjąć, że także cały aparat więzadłowy macicy, był mniej wartościowy. Nie da się więc zaprzeczyć, że ustalanie się główki, lub jej balotowanie, zależy od stanu powłok brzusznych i od stopnia rozwoju mięśni i stanu aparatu więzadłowego macicy.

W 87 przypadkach, tj. *20.6%*, bóle porodowe były tak słabe, zwłaszcza w II okresie porodowym, że trzeba było zastosować środki wzmacniające czynność porodową.

Że w przypadkach tych poród przedłużał się, jest rzeczą zrozumiałą. Ponadto stwierdzono przedłużanie się i trwanie porodu ponad 20 godzin, w bardzo wielu przypadkach, gdyż na 421 aż w 189 przypadkach czyli w 44.7%. Należy więc przyjąć, że u osób tych słabsza czynność porodowa i gorsze kurczenie się macicy pochodziły od mniejszej wartościowości mięśnia macicznego, co powodowało jego słabsze napięcie; do pewnego stopnia tłumaczą one nam, dlaczego u osób tych główka nie wstąpiła do miednicy nie tylko pod koniec ciąży, ale nawet na początku pierwszego okresu porodowego.

Porodów operacyjnie ukończono 74, tj. 17.5%.

Rodzaj operacyj wskazuje tablica III.

Tablica III.

Rodzaj zabiegu	Liczba	Procent
Cesarskie cięcie	17	4.04%
Wymóżdżenie	6	1.4%
Obrót na nóżkę	2	
Wysokie kleszcze	17	4.04%
Niskie kleszcze	32	7.6%
Razem	74	17.5%

Wskazaniem do cięcia cesarskiego było łożysko przodujące, rzucawka porodowa, grożące pęknięcie macicy, przedwczesne odklejanie się łożyska i kombinowana wada serca matki z objawami niedomogi, wreszcie wypadnięcie pępowiny. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wskazania do tego zabiegu, to widzimy, że nie obciążają one statystyki pierwiastek z balotującą główką, ponieważ zabieg operacyjny nie był w żadnym przyczynowym związku z ruchomą główką płodu, przynajmniej w przypadkach, w których zabieg operacyjny wykonano z powodu rzucawki porodowej (6 przyp.), przedwczesnego odklejenia łożyska (1 przyp.) i wady serca matki (2 przyp.).

Tablica I.

Liczba pierwiastek z nieustaloną główką płodu	Wiek powyżej 32	Wiek poniżej 32	Stan powłok brzusznych jędrne	Stan powłok brzusznych wiotkie	Poród operacyjnie	Poród siłami natury	Płód żywy	Płód omdlały docucony	Płód nieżywy	Czas trwania powyżej 20 godz.	Czas trwania poniżej 20 godz.	Bóle porodowe słabe	Bóle porodowe dobre	Łożysko siłami natury	Łożysko operacyjnie	Łożysko krwotok w III okresie	Przebieg połogu ciepłota do 38°	Przebieg połogu ciepłota powyż. 38°
421	44	377	383	38	74	347	391	18	12	189	232	87	334	339	22	5	41	32
	10.4%			9%	17.5%	82.5%			3.8%	44.7%		20.6%			5.2%			7.8%

Tablica II.

Liczba starszych pierwiastek	Stan powłok brzusznych jędrne	Stan powłok brzusznych wiotkie	Czas trwania porodów	Natężenie bólów słabo	Natężenie bólów dobre	Poród siłami natury	Poród operacyjnie	Płód żywy	Płód omdlały docucony	Płód nieżywy	Łożysko siłami natury	Łożysko operacyjnie	Łożysko krwotok w III okresie	Przebieg połogu bez ciepłoty	Przebieg połogu ciepłota do 38°	Przebieg połogu ciepłota powyż. 38°	Zejście śmiertelne
44	30	14	od 9—40 godz.	18	26	27	17	39	4	1	35	9	3	31	8	5	0
						61.4%	38.6%										

Na 44 przypadków starszych pierwiastek było aż 17 porodów operacyjnych, co stanowi 38.6%, z tego:

wymóżdżenie (na nieżywym płodzie)	1
niskie kleszcze	5
wysokie kleszcze	5
cesarskie cięcie	6

Łożysko wydobyto ręcznie 9 razy, jeżeli jednak uwzględni się 6 przypadków cięcia cesarskiego, to wydobycie ręczne łożyska wykonano w 3 przypadkach. Krwotok w III okresie porodowym, wskutek niedowładu macicy, powstał 3 razy. W przebiegu połogu było 8 przypadków z podwyższoną ciepłotą do 38°, a 5 przypadków powyżej 38° do 40°; zejścia śmiertelnego nie było.

17 razy zakładano wysokie kleszcze i 32 razy niskie kleszcze. Wskazania były rozmaite: w 20 przypadkach założono kleszcze z powodu słabych bólów, wyczerpania matki, wskutek przeciągającego się porodu, odpływania brudnych wód, przy podwyższonej ciepłocie, w 18 przypadkach z powodu grożącego niebezpieczeństwa zaduszenia się płodu, w 5 przypadkach z powodu wady serca matki, w 3 przypadkach z powodu rzucawki porodowej, w 2 przypadkach z powodu niskiego, poprzecznego ustawienia główki i w 1 przypadku z powodu słabych bólów porodowych w przypadku włókniaka macicy.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że znaczna liczba porodów kleszczowych u pierwiastek z ruchomą główką płodu wska-

zuje na ostrożne rokowanie i liczenie się z koniecznością operacyjnego rozwiązywania w znacznym odsetku. Tymczasem należy odciążyć statystykę tych przypadków, przez uwzględnienie dużej ilości, bo 17 na 44 porodów operacyjnych, u starszych pierwiastek. Jasnym jest, że właśnie w tych przypadkach przyczyny częstości stosowania operacji należy raczej dopatrywać się w daleko posuniętym wieku rodzących. Dalej wskazanie do ukończenia porodu kleszczami z powodu wady serca matki (5 przyp.), rzucawki porodowej (3 przyp.), grożącego zaduszenia się płodu, wywołanego przez okręcenie pępowiny dookoła szyjki, czy też innych części płodu, nie pozostają w ścisłej zależności od balotującej główki i nie mogą mieć wpływu na rokowanie. Tej natomiast zależności należy dopatrywać się w przypadkach, w których operowano z powodu słabych bólów, wyczerpania matki, wskutek przeciągającego się porodu (20 przyp.) i z powodu niskiego poprzecznego ustawienia główki (2 przyp.). Łożysko usunięto sposobem operacyjnym 22 razy, tj. w 5.2%. Krwotoków w 3 okresie porodowym, wskutek niedowładu macicy było 5. Liczba operacyjnego usunięcia łożyska wybitnie się zmniejszy, jeżeli uwzględni się 17 przypadków, w których poród ukończono cięciem cesarskim tak, że o operacyjnym wydaleniu łożyska można mówić tylko w 5 pozostałych przypadkach.

Tak więc także 3 okres porodowy nie powoduje w przypadkach balotowania główki płodu większych powikłań, jak w przypadkach z ustaloną główką pod koniec ciąży.

Przebieg połogu objaśnia tablica IV.

Tablica IV.

Bez zwyżek ciepłoty	Ciepłota do 38°	Ciepłota pow. 38°	Zejście śmiertelne
348 (82.6%)	41 (9.6%)	32 (7.8%)	0

Zwyżek ciepłoty do 38° nie można brać pod uwagę, ponieważ zdarzają się często w połogu i nie mają poważniejszego znaczenia. Powyżej 38° gorączkowało 32 położnic, w kilku przypadkach było 1—2 napadów dreszczy. Przyczyny należy dopatrywać się w przedłużającym się porodzie. Zejścia śmiertelnego nie było.

Dzieci nieżywo urodzonych było 12, tj. 3.8%, omdlałych, docuconych 10, tj. 2.3%, zmarło w pierwszych dniach po porodzie 7, tj. 1.6%. Chorobliwość i śmiertelność dzieci żywo urodzonych i liczba dzieci nieżywo urodzonych, nie przedstawiają uderzająco wysokich liczb. Nie można więc doszukiwać się specjalnie ujemnego wpływu porodu u pierwiastek z nieustaloną główką na śmiertelność i chorobliwość dzieci w czasie i po porodzie.

Na podstawie powyższej statystyki przypadków pierwiastek z ruchomą główką płodu pod koniec ciąży i na początku porodu, dochodzi się do wniosków, że:

1. Częstość tego stanu nie jest zjawiskiem rzadkim.
2. Przyczyna tego zjawiska, na podstawie mojej statystyki polega:
 a) na gorszej wartościowości wszystkich mięśni w ogóle,
 b) na słabszym napięciu macicy w ciąży,
 c) na mało elastycznych, wiotkich powłokach brzusznych,
 d) na luźnym i osłabionym aparacie więzadłowym macicy.
3. Poród w tych przypadkach przeciąga się wskutek gorszych bólów i mniej wydatnej pracy macicy.
4. W związku z słabszymi bólami jest może nieco większy odsetek porodów operacyjnie ukończonych.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 1—2. 1937. Knappe W.: Wyzysk pracy lekarskiej. — Fomicki A.: Uwagi w sprawie osiedlania młodych lekarzy na wsi. — Neyman E.: O tak zwanych lekarzach umówionych dla urzędników państwowych. — Czortkower S.: Z polityki ludnościowej Niemiec (dok.).

Lekarz Polski. Nr 1. 1937. Sławiński St.: O nowym sposobie sterylizacji katgutu za pomocą balsamu niebieskiego. — Krasuski A.: Z historii leków. — Hurwicz St.: Art. 245 Kodeksu Karnego w praktyce sądowej. — Jakóbkiewicz J.: Jak jest zorganizowana deratyzacja miasta Aten i portu Pireus w Grecji.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 5. 1937. Reznik L.: O zgłębnikowaniu dwunastnicy. — Herman E.: Niezwykły zespół pourazowy: livedo racemosa universalis u osobnika z objawami piramidowo-pozapiramidowymi i zaburzeniami psychicznymi. — Lewenfisz H.: Nowy typ bronchoezofagoskopu. — Macewicz P.: Kto jest powołany do orzekania o przydatności do zawodu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 5. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 6. 1937.

Therapia Nova. Nr 1. 1937. Krasuski A.: Przyczynki do historii leków pochodzenia roślinnego. — Słucki R.: O nadczynności wewnątrzwydzielniczej trzustki, przytarczyc i nadnerczy.

Droga do Zdrowia. Nr 2. 1937.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 1. 1937.

OCENY.

Behandlung der Kreislauferkrankungen (Postępowanie lecznicze w schorzeniach narządu krążenia). Opracowali: F. DÖRBECK, Berlin, (Bade und Kurorte), J. GESCHER, Berlin (Homöopathie) E. MEYER, Berlin-Spandau (Klinische Medizin), San.-Rat A. SCHALLE, Wörishofen (Naturheilkunde). I tom zbiorowego dzieła pt.: *Möglichkeiten der Therapie (Możliwości w lecznictwie).* Wyd.: K. Klare i E. Meyer. Hippokrates-Verlag GMBH. Stuttgart-Leipzig, 1936. S. 226. Cena: RM 9.50, 11.25.

Treść dzieła jest następująca. Po wstępie, w którym jest omówiony przez Prof. Dr Klarego i Dr E. Meyera zasadniczy kierunek pracy, następuje część ogólna, w której Dr E. Meyer omówił część kliniczną, Dr J. Gescher homeopatię, radca san. Dr A. Schalle przyrodolecznictwo, a dr F. Dörbeck klimato- i balneoterapię. W części drugiej szczegółowej, każdy z nich opracował swój dział. Alfabetyczny spis wszystkich szczegółów dzieła kończy książkę, która jest pierwszym tomem szeroko zakrojonej zbiorowej pracy pt.: Możliwości lecznictwa. Tytuł tomu I. Postępowanie lecznicze w schorzeniach narządu krążenia.

Po pierwszym jego przestudiowaniu ma się ogólne wrażenie bardzo dodatnie. Cała rzecz napisana jest interesująco, ściśle i bardzo oryginalnie. Prócz tego co można spotkać w każdym dawniejszym podręczniku znajdzie Czytelnik rzeczy nowe, których dawniejsze podręczniki unikały. A nawet i to co dawniej było, jest ujęte inaczej, rzekłbym swobodniej, śmielej i naturalniej. Sam tytuł naczelny pracy zbiorowej: „Możliwości w lecznictwie" wskazuje, że dzieło ujmuje leczenie znacznie szerzej jak dotychczas, że na człowieka chorego patrzy nie jak na zepsuty automat, lecz jak na istotę mającą w sobie, prócz precyzyjnego automatu jeszcze coś mniej uchwytnego, z czym zawsze liczyć się trzeba, a mianowicie *psyche*. Stąd w pewnych przypadkach wystarczą dawne leki, w innych lepszy skutek odniesie przyrodolecznictwo, jeszcze w innych homeopatyczne leczenie. Czasem potrzeba wszystkich w najrozmaitszym procentowym stosunku. Przejdę do szczegółów.

Niedomoga serca najbardziej odpowiada leczeniu klinicznemu. Podaje się środki nasercowe, kładzie się chorego do łóżka a po pewnym czasie stan się poprawia. Jeżeli tego się nie zrobi, chory może rychło umrzeć. Dlatego to przeważnie somatyczne cierpienie wymaga leczenia przede wszystkim somatycznego. Jeżeli się chory niepokoi, można go przy leczeniu zwykłym dodatkowo uspokoić homeoterapią, ale leczyć wyłącznie homeopatycznie a także przyrodoleczniczo, klimatologiczne lub balneologiczne leczenie w tym cierpieniu nie wydaje się wskazanym. Psychoterapia, leczenie katalityczne, przyrodolecznictwo, przy niedomodze serca stanowią mały bardzo procent leczenia, a w bardzo ostrej niedomodze stanowią prawie 0%. Leczenie takich chorych jest sztuką, istoty żyjące w przyrodzie giną zazwyczaj w takich przypadkach, inne sposoby leczenia są tu przeważnie bezsilne. Tylko postać kliniczna leczenia święci tu tryumfy. Mniej lub więcej podobnie ma się rzecz przy sprawach zapalnych w narządzie krążenia, przy pewnych postaciach arytmii, przy dusznicy bolesnej na tle wyłącznie organicznym i przy pewnych postaciach miażdżycy tętnic. Reszta schorzeń stanowi mniejsze lub większe pole popisu dla innych postaci leczenia a leczenie kliniczne usuwa się coraz bardziej na plan dalszy. W nerwicach, zwłaszcza o ośrodkowym punkcie zaczepienia mogą inne rodzaje leczenia święcić tryumfy.

Każdy ze współpracujących autorów spełnił swe zadanie znakomicie. Leczenie kliniczne jasne, treściwe, zwarte, zajmujące.

Homeopatia ujęta dobrze, uwzględniająca szerzej *psyche* chorego i jego typ somatyczny. Przyrodolecznictwo uwzględnione wcale szeroko.

Klimato- i balneoterapia bardzo treściwa i interesująca.

Każdy Czytelnik może czytać ten dział, który go zajmuje. Niewątpliwie każdy z autorów pisał to, co jest jego specjalnością i dlatego wyjąwszy autora omawiającego pięknie oraz bardzo zwarcie, z wielkim umiarem leczenie kliniczne, to i owo mógł przejaskrawić, ale każdy przyznać musi, że całość jest bardzo piękna, zajmująca i oryginalna. A teraz jeszcze nieco krytyki ujemnej. Szata zewnętrzna i druk bez zarzutu — nie tkwi więc ona w postaci, jedynym co razi nieco, to tkwi tylko w najogólniejszej treści części homeopatycznej i przyrodoleczniczej. Nie tkwią one bynajmniej w ujęciu autorów, które jest wprost znakomite, ale w bardzo zresztą wartościowych samych specjalnościach. Przyrodolecznictwo stanowczo za dużo używa czasem wodolecznictwa tam, gdzie chodzi raczej o życie chorego. W niedomodze serca, aby ułatwić warunki krążenia obwodowego, radzą niektórzy przedstawiciele przyrodolecznictwa lecznicze zastosowanie kuracji wodoleczniczej. Mam wrażenie, że wtedy jest najlepszy tylko spokój fizyczny i psychiczny oraz środki nasercowe. Zabiegi wodolecznicze, które w bardzo wielu cierpieniach są środkiem wprost znakomitym, jakby wymarzonym, tutaj mogą nieraz nie mieć skutku.

Drugim zarzutem nie dotyczącym autorów, lecz specjalności jest wywód działania leków homeopatycznych. Jest on oparty na bezsprzecznych naukowych podstawach, ale przy dawkach homeopatycznych np. w rozcieńczeniu 1:1.000.000.000.000 te naukowe dane zacierają się znacznie. Możliwe, że przeważnie wchodzi tu raczej w grę wpływ katalityczny i w pewnych przypadkach można go przyjąć, ale zdaje się, nie we wszystkich. W tych przypadkach rozstrzyga wpływ istotny faktyczny, ale natury czysto psychicznej. Homeopatia zdaje się w wielu razach być przedziwnie skuteczną psychoterapią, bo mająca pozory leczenia farmakologicznego i właśnie dlatego nieraz szczególnie skuteczną. Poza tymi zastrzeżeniami samemu dziełu o interesująco opracowanej treści i pięknej szacie zewnętrznej nie można stawiać żadnych zarzutów.

H. Sochański (Lwów).

Wesen und Bedeutung des Schmerzes (Istota i znaczenie bólu). F. SAUERBRUCH und H. WENKE. Verlag Junker und Dünnhaupt. Berlin 1936. Str. 118.

Na ból można się patrzyć z różnego punktu widzenia. Autorowie starają się roztrząsać zagadnienia bólu z lekarskiego i filozoficznego punktu widzenia. Najczęściej lekarz patrzy inaczej na ból a inaczej rozpatruje go psycholog czy filozof. Autorowie podnoszą, że nie daje to pełnego obrazu zjawiska bólu, gdy się je rozpatruje bez oparcia o fizyczne podstawy, jak to robią filozofowie lub na odwrót bez uwzględnienia strony duchowej, jak to najczęściej czynią lekarze i przyrodnicy. Po kolei rozpatrują autorowie z lekarskiego punktu widzenia zjawisko bólu jako przeżycie fizyczne; dalej zajmują się fizjologicznymi podstawami bólu i jego zwalczaniem zarówno farmakologicznym, jak i duchowym. Wyłania się pytanie: jakie jest znaczenie zjawiska bólu w życiu człowieka? I tutaj lekarz odpowie inaczej a filozof inaczej. Zagadnienie bólu sięga korzeniami daleko w etyczną i religijną stronę człowieka, w jego światopogląd i psychiczną strukturę.

Głęboko i interesująco ujęte rozważania znanego i cenionego chirurga czynią z tej rozprawy bardzo zajmującą lekturę dla wszystkich głębiej myślących lekarzy, którzy w medycynie doszukują się jeszcze innych pierwiastków a nie zwykłego zawodu, służącego do zarobienia na chleb. Ból bowiem jest tym, co prowadzi chorego do lekarza i istnienie bólu ludzkiego było i jest w ogóle racją bytu lekarzy od zarania ludzkości.

W. Tomaszewski (Poznań).

Patogeneza i leczenie fizjologiczne wrzodu żołądkowo-dwunastniczego. GREGORIA A. MORTOLA. Buenos Aires 1936. Str. 44.

M o r t o l a jest autorem kilkunastu prac z zakresu fizjologii i patologii przewodu pokarmowego. W niniejszej publikacji zaleca autor leczenie wrzodów żołądkowo-jelitowych zgłębnikowaniem za pomocą zgłębnika skonstruowanego przez autora. Zgłębnik ten ma na celu: 1) stałe pozostawanie w pewnym ściśle określonym odcinku jelita, 2) wchłanianie soku żołądkowo-dwunastniczego na wysokości otworu brodawki Vatera i 3) umożliwienie przechodzenia tegoż soku do opuszki dwunastniczej. W tym celu zgłębnik ma na wysokości 4 cm od ślepego początku szereg otworów na przestrzeni 8—10 cm, stwarza w ten sposób warunki dla regularnego przechodzenia soku do opuszki dwunastniczej i w ten sposób zobojętnia działanie kwasu solnego. Autor leczył w ten sposób 14 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy stwierdzonych klinicznie i rentgenologicznie z bardzo dobrym skutkiem a były to przypadki oporne na zwykłe leczenie zasadami, przetworami atropinowymi, dietą itd. Autor wskazuje też na duże znaczenie lecznicze witaminy A, znajdującej się w prawidłowej żółci.

Praca opatrzona jest bogatym piśmiennictwem.

Mester (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologia.

Działanie soli złota na krzepniecie krwi. O. GARRE. Actualidad Medica Mundial. Nr 67. 1936.

Połączenia soli złota z węglowodanami przedłużają czas krzepnięcia krwi, przy czym działanie przeciwkrzepliwe jest przejściowe, gdyż znika po 48 godzinach. Autorzy radzą podawać sole złota równocześnie ze środkiem skracającym czas krzepnięcia. *Mester* (Kraków).

Patologia.

Związek między rumieniem guzowatym a gruźlicą. E. MASSOBRIO i U. D. MICHELIS. Min. Med. Nr 48. 1936.

Opierając się na 2 spostrzeganych przypadkach autorzy doszli do wniosku, że każda choroba zakaźna może wywołać rumień guzowaty, lecz gruźlica skutkiem dużych wahań wrażliwości osobników szczególnie często wywołuje rumień guzowaty, obie te jednak sprawy chorobowe nie są w przyczynowym związku. *Mester* (Kraków).

Zapalenia nerwów w przebiegu wrzodu żołądka. G. MARINESCO, N. C. VASLESCO i I. BRUCKNER. Nutrition. Nr 4. T. VI. 1936.

Autorzy odrzucają pogląd przypadkowej zbieżności obu tych spraw chorobowych, a przyjmują łączność przyczynową pomiędzy tymi schorzeniami, przypadki te są jednak rzadkie. Po przytoczeniu przypadków z piśmiennictwa autorzy podają swój przypadek — mianowicie u osobnika cierpiącego od 9 lat na wrzód żołądka, u którego zabieg operacyjny wykazał również znaczne zwężenie odźwiernika, istniały typowe objawy zapalenia nerwów w zakresie kończyn dolnych. Po operacji, polegającej na wycięciu 3/4 żołądka i przeprowadzeniu leczenia skombinowanego strychniną, zastrzykami wyciągów wątrobowych, kąpieli galwanicznych itd., chory odzyskał władzę w kończynach dolnych. Podnieść należy, iż objawy zapalenia nerwów występują powoli, że po zabiegu operacyjnym schorzenia nerwów ulegają znacznemu polepszeniu. Jako przyczyna zapalenia nerwów wchodzą w rachubę: zakażenie z błony śluzowej żołądka, zwężenie odźwiernika (wymioty) — podobnie stwierdzono zapalenia nerwów w raku żołądka, przebiegającym ze zwężeniem odźwiernika, w niedokrwistości, zatruciu ciałami fermentacyjnymi żołądka i jelit, hipowitaminozie B i C. *Mester* (Kraków).

Niedokrwistość następowa po wycięciu żołądka może być tylko niedobarwliwa. G. FONTES, J. KUNLIN i L. THIVOLLE. Nutrition. Nr 4. T. VI. 1936.

Autorzy przeprowadzali swe doświadczenia na psach, u których po wycięciu żołądka występowały objawy postępującej niedokrwistości niedobarwliwej, przy ustalonej diecie. Przypuszczalny mechanizm: skutkiem bezsoczności niemożność wchłaniania żelaza. Ośrodki krwiotwórcze pracują prawidłowo, jednak z biegiem czasu wyczerpują się zasoby żelaza i odtąd niedokrwistość postępuje szybko dalej. Przypuszczalnie mechanizm niedokrwistości niedobarwliwej, przebiegającej z bezsocznością u człowieka jest ten sam, tj. niemożność wchłaniania żelaza i wyczerpywanie się zasobów żelaza. W patogenezie choroby Biermera sama bezsoczność jako taka nie daje wytłumaczenia objawów chorobowych. *Mester* (Kraków).

Krew u osobników po wycięciu żołądka. MERKLEN, L. ISRAEL, F. FROELIC i A. JACOB. Nutrition. Nr 4. T. VI. 1936.

Rozróżnić tu należy 3 grupy: 1) rakowych, u których po wycięciu żołądka wystąpiła niedokrwistość złośliwa, 2) osobników, którym wycięto żołądek z powodu wrzodu i 3) przypadki, gdzie usunięto tylko część żołądka. Następstwa pooperacyjne bliskie i dalekie w tych 3 grupach różnią się od siebie znacznie. Autorzy badali krew u 28 osobników po częściowym usunięciu żołądka, z tych u 10 stwierdzono słabą niedokrwistość niedobarwliwą. *Mester* (Kraków).

Owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, leczenie ich zasadami. E. BINET. Nutrition. Nr 4. T. VI. 1936.

Autor omawiając rozmaite sposoby leczenia wrzodów żołądkowych i dwunastnicy, wypowiada się za dalszym stosowaniem zasad, jednak nie w tak dużych ilościach, jak podaje np. Sippy. Stąd ideałem leczenia zasadami jest leczenie wodami Vichy, które zawierają 5—6 g $NaHCO_3$ w litrze wody, podając choremu 200—225 g wody dziennie doprowadza się 1,25—1,35 $NaHCO_3$ na dobę, wyniki lecznicze są bardzo dobre.

Mester (Kraków).

Opadanie ciałek czerwonych i leukocytoza w przebiegu grypy, ostrego nieżytu oskrzeli, zapalenia opłucnej i płuc. GRAMS. Zeitschr. f. kl. Med. 130, 268, 1936.

W przebiegu grypy i ostrego nieżytu oskrzeli opadanie ciałek czerwonych jest zwolnione, dla pierwszego schorzenia wynosi przeciętnie 8 mm, dla drugiego 12 mm na godzinę. Wszystkie rodzaje zapalenia płuc: płatowe, centralne, odoskrzelowe przyśpieszają znacznie szybkość opadania ciałek czerwonych, przeciętnie 62 mm/godz. Ma to znaczenie tylko rozpoznawcze, lecz dobrze orientujące o przebiegu i rokowaniu. Nawroty, powikłania i przeciągania się sprawy zapalnej powodują nadal znaczne przyśpieszenie opadania ciałek czerwonych. Leukocytoza i opadanie ciałek czerwonych przebiegają równolegle, jednak czasami na początku lub w przebiegu danego schorzenia ilość ciałek białych jest normalna, chociaż opadanie ciałek czerwonych jest przyśpieszone. Dla prognozy i oceny przebiegu opadanie ciałek czerwonych ma większą wartość niż leukocytoza.

H. Długosz (Lwów).

Rozległe rozmiękanie gruczołów w ziarnicy złośliwej. H. HELD. Ztschr. f. kl. Med. 130, 247, 1936.

W przypadku ziarnicy złośliwej z typowym obrazem histologicznym gruczołów wystąpiło rozmiękanie wszystkich gruczołów. Przyczyna tego niezwykłego zjawiska nie jest znana. Możliwe, że duże dawki środka przeciwnowotworowego „Fischera 365" (73 amp), prontosilu (8,25 g) i elarsonu (605 tabletek) spowodowały rozmiękanie gruczołów, chociaż nie było żadnych objawów zatrucia.

H. Długosz (Lwów).

O masie serca u otyłych. J. GATTIG i B. MISSKE. Ztschr. f. kl. Med. 130, 361, 1936.

Autorowie badali stosunek powierzchni serca na zdjęciu rentgenowskim do przekroju ciała, obliczanego z objętości (wagi) dzielonej przez wysokość ciała. U ludzi zdrowych, normalnie odżywianych ten stosunek wyraża się jak: 1:2,9—1:3,4, przeciętnie 1:3,2. Cyfry wyższe i niższe wskazują, że w danym wypadku jest za wielkie albo za małe serce. U otyłych cyfry wahają się między 1:4,2—1:7,12, czyli wskazują, że w otyłości jest serce za małe w stosunku do wagi ciała. Wraz ze wzrostem otyłości powiększa się wielkość serca, jednak jest ono w stosunku do wagi ciała mniejsze, niż u ludzi normalnie odżywionych.

H. Długosz (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przypadek morbus Addisoni. B. STYPUŁKOWSKI. Medycyna. Nr 20. 1936.

U chorej z włóknistą postacią gruźlicy płuc wystąpiły rozlane zabarwienia skóry, silniejsze na częściach odkrytych, przy braku zabarwienia łożysk paznokci, dłoni, podeszew, nadto znaczne osłabienie mięśniowe, hipotonia 70—50 mm Hg. Przez 2 tygodnie stosowano Cortigen 1 raz dziennie bez wyraźniejszego skutku, wstrzymanie zaś podawania go sprowadziło śpiączkę, która ustąpiła dopiero po wprowadzeniu cukru dożylnie. Śpiączka ta nie była na tle niedocukrzenia krwi, gdyż krew pobierana w okresie nieprzytomności wykazywała nawet nieco wyższe cyfry zawartości cukru (70 mg %), niż zwykle u tej chorej. Także nie można było wytłumaczyć śpiączki głodem, gdyż chora była odżywiana. W leczeniu uwzględniono także podawanie doustne i dożylne soli kuchennej, ale bez widocznego skutku. Chora zmarła, a sekcyjne stwierdzenie gruźlicy nadnerczy potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

St. Malczyński (Lwów).

Leczenie chorych na gościec przewlekły Myochryziną. A. MESTER. Medycyna. Nr 21. 1936.

W 13 przypadkach schorzeń gośćcowych autor stosując myochryzinę (tiojabłczan sodowo-złotowy; związek organiczny o 50% zawartości złota, jako roztwór soli złota rozpuszczalny we wodzie, a istniejący w postaci zawiesiny oleistej) — otrzymał dobre wyniki i to tak miejscowe, jak i ogólne. Ostre, a także przewlekłe zapalenia stawów na innym tle np. wiewiórowym, dnawym nie nadają się do leczenia złotem. To samo dotyczy i zmian zwyrodnieniowych stawów (artrozy). Roztwory oleiste złota nie tak jak wodne mogą być stosowane u osób wrażliwych, ponieważ nie wchłaniają się szybko, wydzielają wolno, co nadaje im wartość zwłaszcza w leczeniu stanów przewlekłych. Co do dawkowania, to odmiennie jak przy stosowaniu wodnych, należy zacząć od dawek większych, a w miarę nasycania ustroju solami, odpowiednio je zmniejszyć. Należy zawsze zaczynać od dawki małej (0.025—0.05) a po stwierdzeniu braku wrażliwości pod postacią pokrzywki, czy zapalenia dziąseł przejść od razu do dawek większych (0.1—0.2) w odstępach 7—10-dniowych.

St. Malczyński (Lwów).

Obecny stan leczenia operacyjnego kamicy żółciowej oraz schorzeń dróg żółciowych. T. BUTKIEWICZ. Medycyna. Nr 21 i 22. 1936.

Wbrew rozpowszechnionemu, ogólnemu poglądowi, że operacyjne leczenie kamicy żółciowej łączy się z niebezpieczeństwem życia, autor na podstawie licznych statystyk, własnych spostrzeżeń, oraz wobec znacznych zdobyczy techniki operacyjnej jest zwolennikiem operacji we wczesnych okresach choroby, w których nie ma jeszcze większych zmian w systemie żółciowym. Brak poprawy, lub niedostateczny wynik po operacji zależy od rozmaitych przyczyn, z których należy wymienić nawroty kamieni i to prawdziwe (bardzo rzadkie), lub rzekome ze złogów pozostawionych wskutek przeoczenia podczas operacji, zwężenia przewodów zewnątrzwątrobowych, zmiany zapalne w przewodach żółciowych i w miąższu wątrobowym, mogące dawać bóle i kolki. Ostatnie zmiany są wywołane przez zakażenia drogą żyły wrotnej, albo nawet tętnicy wątrobowej, wskutek czego usunięcie pęcherzyka żółciowego, już wtórnie schorzałego, nie może wpłynąć na przebieg sprawy chorobowej pierwotnej. Z innych wreszcie przyczyn niezupełnego wyniku operacyjnego należy wymienić marskość wątroby (dość rzadko), zrosty pooperacyjne zwyczajnie także bez większego znaczenia, oraz inne schorzenia jamy brzusznej, mogące udzielać się pęcherzykowi żółciowemu, jak przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego, wrzód żołądka, czy dwunastnicy.

W ostatnich latach wskazywano niejednokrotnie na tzw. dyskinezę nerwową, na którą składa się szereg zaburzeń czynnościowych w układzie nerwowym, który reguluje pracę pęcherzyka i dróg żółciowych. Zaburzenia te, zmieniające antagonizm między n. X. a współczulnym, prowadzą do wzmożonej czynności jednego z nich i tak przewaga n. X. wywołuje wzmożony skurcz w górnej części zwieracza w brodawce Vatera z zahamowaniem odpływu żółci mimo usilnego kurczenia się pęcherzyka (unerwionego także przez nerw błędny) co prowadzi do tzw. hipertonicznego zastoju żółci (ściana pęcherzyka w tych stanach jest dobrze rozwinięta o bogatej sieci włókien mięsnych). Nieprawidłowa przewaga n. współczulnego (która normalnie prowadzi do nagromadzania się żółci ponad zwieraczem), powoduje też zastój żółci w rozszerzającym się biernie przewodzie wspólnym i w mało kurczliwym, hipotonicznym pęcherzyku. Taki pęcherzyk (charakterystyczny dla sympatykotoników) nawet po pituitrynie opróżnia się bardzo wolno, zawiera w żółci bilirubiny około 20 mg %, nie jak w typie pierwszym, w którym opróżnianie w tych warunkach jest bardzo szybkie, a zawartość bilirubiny w żółci przekracza nawet 400 mg %.

Powyższe zaburzenia czynnościowe na tle nerwowym obejmują nie tylko pęcherzyk, ale i drogi żółciowe, prowadząc do ich rozszerzenia, czemu towarzyszą bóle, ponadto nie ograniczają się tylko do splotu wątrobowego, lecz przechodzą drogą odruchu i na sąsiednie odcinki układu wegetatywnego i to szczególnie żołądka, dwunastnicy, kiszki grubej, dając z ich strony objawy, jak skurcze żołądka, wymioty, zaparcie, tak często towarzyszące napadom kolki żółciowej. Poza tym w wielu przypadkach pozostaje kamica żółciowa nie rozpoznana, bo może nie dawać charakterystycznych objawów, a jedynie na drodze dyskinezy dróg żółciowych może prowadzić do objawów, umiejscowionych wyłącznie np. w żołądku, w jelitach, a nawet sercu z napadami bólu, niemiarowością tętna, utrudnieniem oddechu, co przypomina napady dusznicy bolesnej, a które ustępują po usunięciu pęcherzyka żółciowego, jako właściwej w tych przypadkach przyczyny schorzenia. Na tle takiej bezobjawowej kamicy często powstają także ostre i przewlekłe schorzenia trzustki.

Genezy nerwic dyskinetycznych należy szukać w zaburzeniach czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania i to zwłaszcza w okresie miesiączkowania, ciąży i wzmożonej pracy. Powyższe zaburzenia początkowo czynnościowe z czasem mogą

prowadzić i do zmian anatomicznych i to na tle zakażeń od strony dwunastnicy (częsta *cholecystitis sine concremento)*, dalej na tle tworzenia się kamieni zwłaszcza w tzw. hipertonicznym zastoju żółci — i to kamieni cholesterynowych (w hipotonicznym pęcherzyku tworzenie się kamieni jest znacznie utrudnione). W końcu istnieje jeszcze, zresztą dość rzadka, możliwość uszkadzania miąższu wątrobowego przez zadziałanie soku trzustkowego (trypsyny) wskutek spastycznie zamkniętego zwieracza w brodawce Vatera.

Autor omówiwszy w krótkości wskazania do rozmaitych operacyj na drogach żółciowych, zasadniczo występuje jako zwolennik natychmiastowego operowania chorych w czasie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, co jedynie może uratować ich przed możliwymi, ciężkimi powikłaniami (martwica trzustki, przebicie kamienia, zapalenie otrzewnej, zakażenia dróg żółciowych). Długotrwałe leczenie zachowawcze jest już dzisiaj — według wielu autorów — niebezpieczniejsze od samego zabiegu operacyjnego i to przede wszystkim z uwagi na zaburzenia dyskinetyczne, mogące prowadzić w ciągu lat do zmian, najczęściej już nie odwracalnych. Leczenie dietetyczne i farmakologiczne przez czas dłuższy ma właściwe uzasadnienie po operacji. Winno ono uwzględnić również i środki skierowane przeciw zaburzeniom układu wegetatywnego u chorych, u których podłożem całego schorzenia mogły być zmiany dyskinetyczne, stany nerwicowe, czy zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych.

St. Malczyński (Lwów).

Zmiana zapotrzebowania insuliny w przypadku ciężkiej cukrzycy. REDISCH. Med. Kl. Nr 42. 1936.

Opis przypadku ciężkiej cukrzycy młodzieńczej, w którym przy skąpo węglowodanowej diecie stosowano 130—140 jedn. insuliny dziennie przez 4 lata, po których tolerancja na węglowodany znacznie się poprawiła. Po następnych 4 latach przy diecie bardzo bogatej w węglowodany zmniejszono dawkę insuliny do 60 jednostek, utrzymując cukrzycę w stanie kompensacji. Autor sądzi, że duże dawki insuliny przez dłuższy czas stosowane mogą doprowadzić do regeneracji aparatu wysepkowego trzustki.

B. Petryński (Lwów).

Dieta jabłkowa, czy pektyny w leczeniu biegunek. MALYOTH. M. Kl. Nr 41. 1936.

Autor, który w pektynach wykrył ciało czynne papki jabłkowej dochodzi do wniosku, że świeża papka z surowych jabłek nie da się zastąpić żadnym przetworem zawierającym pektyny. Papka jabłkowa ze swą dużą zawartością wody i pokaźną wartością kaloryczną nie musi być wspomagana żadną dietą i w ten sposób umożliwia uniknięcie błędów dietetycznych.

B. Petryński (Lwów).

W sprawie oznaczania przemiany spoczynkowej. Tarcza rachunkowa. Liczba Reada. HOLZMANN. Med. Kl. Nr 41. 1936.

Omawiając kłopotliwość oznaczania przemiany spoczynkowej i małą dokładność danych, uzyskanych przy pomocy formuły Reada (p. s. w % p. p. = (liczba tętna + 0.9 × amplituda ciśnienia w mm Hg) × 0,683 — 71.5), autor donosi, że sporządził tarczę rachunkową, przy pomocy której posługujący się metodą Krogha mogą wyliczyć w ciągu 1 minuty wartość przemiany spoczynkowej. Pewną ilość takich tarcz autor wyśle na żądanie bezpłatnie. Adres autora: Prym. Dr Juliusz Holzman. Hohe Tatra — Stary Smokovec. Diät-Kurpension Tatra Bellevue.

B. Petryński (Lwów).

Zatrucie alkoholem. GROTE. Hippokrates. R. 7. Z. 6. Str. 189. 1936.

Autor odpowiada na pytanie, czy przy ostrym zatruciu alkoholem można otrzymać szybki wynik za pomocą insuliny.

Ponieważ w organizmie ludzkim około 85% alkoholu ulega utlenieniu, 10—15% wydziela się przez nerki, gruczoły potowe i ślinowe, należało by więc przy ostrych zatruciach zastosować środek przyspieszający utlenienie. Tego w każdym razie nie daje insulina, a duże jej dawki zastosowane u ludzi nie dotkniętych cukrzycą łatwo sprowadzają hipoglikemię. Można by myśleć o tyroksynie, lecz ta znów daje takie zaburzenia, że niepewne korzyści nie wyrównałyby strat poniesionych przez organizm.

Po wielu doświadczeniach okazało się, że najlepszym środkiem pobudzającym przy otruciu alkoholem jest koramina.

F. Mikulska (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Walne Zebranie.

XXI posiedzenie naukowe z dnia 27 marca 1936 roku.

Część naukowa zebrania została zorganizowana wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Tow. Pediatrycznego.

1. *Komunikaty Zarządu:*

Prezes kol. Kapuściński donosi o rezygnacji kol. Konkolewskiego ze stanowiska skarbnika i proponuje na to stanowisko kol. Aleksandra Brodniewicza. Wybór następuje jednogłośnie.

Na członków Wydziału Lekarskiego przyjęto następujących kolegów: 1. Bandurskiego Albina, 2. Frąckowiaka Tadeusza, 3. Wichrzyckiego Bolesława, 4. Burdę Adama, 5. Krajnika Bronisława.

2. *Pokazy:*

1) Kol. Krajnik: *„Przypadek zaburzenia rozwojowego tętnicy płucnej dziecka 4-miesięcznego"*.

Tętnica płucna dzieląca się normalnie pod wklęsłością łuku tętnicy głównej na tętnicę płucną lewą i prawą — w tym przypadku przechodzi lewym odgałęzieniem w dość szeroki przewód tętniczy Botalla wchodzący do tętnicy głównej a prawym odgałęzieniem w tętnicę bezimienną, która następnie dzieli się na tętnicę podobojczykową prawą i tętnicę szyjną wspólną prawą. Tętnice płucne natomiast odchodzą od części wstępującej tętnicy głównej.

Krążenie krwi odbywało się w tym przypadku w sposób następujący: żyły płucne doprowadzały krew utlenioną do przedsionka lewego, komory lewej i do tętnicy głównej. W części wstępującej tętnicy głównej część krwi utlenionej wracała przez tętnice płucne z powrotem do płuc, druga jej cześć szła do łuku tętnicy głównej i tu mieszała się krew utleniona z krwią odtlenioną, dochodzącą przez przewód tętniczy Botalla do tętnicy głównej. Tętnica płucna, wychodząca z komory lewej doprowadzała krew odtlenioną również do tętnicy bezimiennej.

Kliniczne rozpoznanie brzmi: *morbus coeruleus*. Opis kliniczny następuje:

2) Kol. Kajkowski: *„Rzadki przypadek wady wrodzonej serca"*.

Dziecko płci męskiej przekazano na oddział dziecięcy z Kliniki Położniczej, ponieważ krótko po urodzeniu znacznie siniało. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Niemowlę donoszone, dobrze odżywione o prawidłowej budowie, miało wagę 3050 g i Si. 34 cm.

W oczy rzuca się ogólna sinica, nasilająca się podczas płaczu oraz znaczne wypuklenie klatki piersiowej w obrębie mostka i po stronie prawej. Stwierdzono powiększenie serca głównie w prawo: granica serca sięga na 2 palce poza prawy brzeg mostka. Osłuchowo: szmery nad koniuszkiem, słyszalne także na wysokości dolnego kąta lewej łopatki i zaakcentowanie II tonu nad tętnicą płucną.

Rentgenogram wykazuje duże serce, kuliste o znacznym powiększeniu prawej połowy serca. Wa ujemny. Płuca bez zmian, lecz oddech nieregularny i przyspieszony. Spośród narządów jamy brzusznej nieco powiększona wątroba. Obrzęków brak, ciepłota ciała 37—37,2°, stolce normalne, mocz bez zmian. Dziecko ma łaknienie nieco upośledzone, zaznacza się powolny przyrost na wadze. Sinica zmienna, serce przerasta w prawo a szmery już to pojawiają się, już to znikają. Powraca do szpitala po 3 miesiącach w złym stanie ogólnym, spadek na wadze, jest odwodnione. Stwierdza się znaczną sinicę i objawy duszności, które się nasilają. W czasie napadu duszności następuje zejście. Rozpoznano wadę serca wrodzoną (*morbus coeruleus*).

3) Kol. A. Burda: *„Przypadek samoistnego pęknięcia serca"*.

Przedstawia przypadek pęknięcia samoistnego serca, interesujący nie tylko z punktu widzenia anatomii patologicznej, ale i kliniki. Danych klinicznych podać niestety nie może. Chodzi mianowicie o mężczyznę lat 74, u którego na sekcji stwierdzono zakrzep powstały na tle miażdżycowym w części zstępującej lewej tętnicy wieńcowej. Na tle tego zakrzepu zamykającego całkowicie światło naczyniowe rozwinęła się martwica mięśnia sercowego pod postacią bladego zawału, w miejscu którego nastąpiło pęknięcie serca w dolnej części przedniej powierzchni lewej komory spowodowane również zwiększonym ciśnieniem krwi. Pęknięcie to jest długości 3,5 cm, a brzegi jego od strony nasierdzia i osierdzia pokryte są masami włóknikowymi i krwotocznymi. W worku osierdziowym znajdowało się około 500 cm^3 krwi płynnej i skrzepów. Natomiast w samej komorze w miejscu pęknięcia utworzył się zakrzep przyścienny, który zamykał

miejsce pęknięcia. Śmierć nastąpiła więc z jednej strony przez ucisk mas krwawych w worku osierdziowym na serce, a z drugiej strony przez mechaniczne hamowanie czynności serca wskutek obecności zakrzepu w świetle lewej komory.

Rozprawa:

Kol. Stojałowski (członek Wydziału) podkreśla rzadkość przypadku przedstawionego przez kol. Burdę. W sześcioletnim okresie pracy w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. P. spotkał się S. dopiero drugi raz z pęknięciem samoistnym serca, mimo, że zawały mięśnia sercowego do rzadkości nie należą.

W przypadku dawniej spotykanym pęknięcie ściany serca nastąpiło w związku z momentem wzruszeniowym a mianowicie nagły zgon nastąpił na polu wyścigowym bezpośrednio po większej przegranej w totalizatora. Oczywiście w tych przypadkach, w których czynnik psychiczny powoduje nagłą zwyżkę ciśnienia krwi z tego rodzaju następstwami, mięsień sercowy jest chorobowo zmieniony, często zbliznowaciały.

4) Kol. Laskiewicz (członek Wydziału): *„Przypadek prawdziwego perlaka opony twardej okolicy płata skroniowego"*.

Chora G. S., lat 12, zgłosiła się do kliniki z powodu silnych bólów głowy i ucha lewego datujących się od tygodnia. Wyciek ropny z ucha datuje się od 6 roku życia, przechodziła dotąd dwie operacje tegoż ucha (antrotomie). Badanie wykazało: budowa prawidłowa, w narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono, nie gorączkuje. Ucho lewe: za małżowiną uszną widoczna blizna pooperacyjna, silnie zaczerwieniona, bolesna przy dotyku. W przewodzie zewnętrznym obfita wydzielina ropna, żółta, silnie cuchnąca. Błona bębenkowa wykazuje duży ubytek dolnej jej połowy. Słuch: percepcja powietrzna po stronie lewej znacznie obniżona dla całej skali. Objawów podrażnienia błędnika lub oponowych brak.

Dnia 2. XII. 1935 roku dokonano operacji radykalnej, w *epitympanon* znaleziono rozpadające się masy perlakowe.

Powyżej *linea temporalis* stwierdzono znaczne ścieńczenie kości łuski skroniowej, po częściowym jej usunięciu uwidocznił się guz o powierzchni gładkiej, barwy białej, spoistości elastycznej, wielkości małego orzecha włoskiego, drążący w kierunku środkowego dołu czaszkowego. Opona twarda w sąsiedztwie guza znacznie zgrubiała. Guz powyżej opisany nie pozostawał w żadnej łączności z uchem środkowym. Pobrano próbny wycinek z guza, jamę potrepanacyjną ucha środkowego setonowano od strony cięcia skórnego, którego nie zaszyto.

Badanie mikroskopowe wycinka próbnego wykazało utkanie charakterystyczne dla *cholesteatoma*.

Dnia 7. I. 1936, po usunięciu nabłonka jamy potrepanacyjnej, ponowna operacja. Cięcie skórne przedłużone o 5 cm do góry, po przecięciu dolnego odcinka m. skroniowego, wyłuszczono guz wyżej opisany. *Setonage* jamy powstałej wskutek usunięcia guza. Stan chorej po operacji bardzo dobry, zaburzeń mowy lub objawów oponowych nie stwierdzono. Obecnie usunięcie nabłonka jamy jest zupełne. Powstała nisza, która zostanie zamknięta plastycznie.

Powyższy przypadek zasługuje na wyróżnienie, gdyż perlak jakkolwiek występujący tu przy równoczesnym ropnym zapaleniu ucha środkowego ze względu na swoje umiejscowienie i brak łączności z uchem środkowym jest tzw. perlakiem prawdziwym wychodzącym z opony średniego dołu czaszkowego.

5) Kol. Laskiewicz (członek Wydziału): *„Przypadek mucocoele frontoethmoidale znacznych rozmiarów"*.

Chora P. K., lat 16. Zgłosiła się do Kliniki z powodu bólów głowy zwłaszcza w okolicy czoła, datujących się od dwóch lat, przy czym zauważyła zwiększający się stale wytrzeszcz prawego oka oraz łzawienie.

Badanie wykazało: gałka oczna prawa wykazuje wytrzeszcz oraz przesunięcie na zewnątrz i ku dołowi. W wewnętrznym kącie oczodołu stwierdza się twór o spoistości kości, powierzchni nierównej, wielkości kasztana. Zdjęcie rentgenowskie kontrastowe (lipiodol) dokonane po uprzednim nakłuciu wyżej opisanego tworu od strony oczodołu wykazało obecność torbieli umiejscowionej w przestrzeni zajmowanej normalnie przez komórki sitowe przednie i sięgającej do dolnego odcinka zatoki czołowej. Badanie okulistyczne: $V<\begin{matrix}5.75\\5.5\end{matrix}$, exophtalm. $95<\begin{matrix}19\\15\end{matrix}$, rozstęp osi 66 mm, nieznaczne rozszerzenie żył na dnie oka prawego (przy demonstracji pokazano zdjęcie rentgenowskie).

Rozprawa:

Kol. Gałdyński (członek Wydziału): zapytuje, czy wykonano w II przypadku kol. Laskiewicza antrotomię, czy też doszczętną operację?

Kol. Laskiewicz (członek Wydziału): w przypadku tym wykonano antrotomię.

3. Kol. Kapuściński (członek Wydziału): *przedstawia sprawę stosunku Wydziału Lekarskiego do Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk,* podkreślając, że wobec zamiaru reorganizacji Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w sensie towarzystwa o charakterze akademickim oraz wobec nieokreślonego stosunku prawnego i organizacyjnego Wydziału Lekarskiego do Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk wyłania się potrzeba wyłonienia Komisji Wydziału Lekarskiego, która zastanowiłaby się nad przyszłą formą organizacyjną Wydziału i przedłożyła przyszłemu Walnemu Zebraniu odpowiednie wnioski.

Wniosek prezesa o wybór komisji został przyjęty jednogłośnie.

Na członków komisji zaproponowano zarząd Wydziału Lekarskiego oraz kolegów: 1. Pawła Gantkowskiego, 2. Wincentego Jezierskiego, 3. Tadeusza Szulca, 4. Kazimierza Nowakowskiego, 5. Władysława Suwalskiego, 6. Adama Wrzoska, 7. Stefana Borowieckiego, 8. Jana Alkiewicza.

Wybór powyższych członków komisji nastąpił jednogłośnie.

W dyskusji nad wnioskiem zarządu zabrał głos kol. Tuszewski, gorąco popierając inicjatywę zarządu.

4. *Wykład:*

Kol. Laskiewicz (członek Wydziału): *„Z kazuistyki rzadkich postaci schorzeń zatok bocznych nosa u dzieci leczonych w Klinice Laryngologicznej U. P."*.

Po omówieniu patogenezy oraz obrazu klinicznego zapaleń zatok bocznych u dzieci przedstawia 13 przypadków kazuistycznych leczonych w Klinice Oto-Laryngologicznej U. P. w ciągu ostatniego roku: 1) dziecko 10-miesięczne H. Z., *sinuitis ethmoidalis et maxillaris acuta sinistra* ze znacznym obrzękiem obu powiek ocznych. 2) Dziecko, liczące 1 rok i 3 miesiące M. M., *sinuitis maxillaris acuta dextra* również z obrzękiem powiek. 3) Dziecko 8-miesięczne B. W., *sinuitis ethmoidalis et maxillaris acuta dextra* ze znacznym obrzękiem obu powiek, w ropie prątki rzekomo-błonicze. 4) Dziecko 3$^1/_2$-letnie M. S., *sinuitis maxillaris acuta dextra* z lekkim obrzękiem powiek w wewnętrznym kącie oka. Wszystkie wyleczone przy pomocy metody *déplacement m. Proetz - Le - Mee* z antywirusem wieloważnym (Klawe) oraz 0,25% *zn. sozojodolicum*. Dalsze przypadki: 5) chłopczyk lat 6, R. S. *sinuitis ethmoidalis-maxillaris sinistra chron.* oraz 6) dziewczynka 10 lat M. K. *sinuitis ethmoidalis et maxillaris chron. sinistra* wyleczone *déplacement* metodą *Proetz - Le - Mée* z 1% argyrolem, 10 posiedzeń co drugi dzień. 7) Dziecko lat 2 L. D. *sinuitis ethmoidalis et maxillaris chron. bil. lues congen.* dopełniono leczenie ogólne przeciwkiłowe leczeniem miejscowym z 10% lipiodolem. Wyleczono po 8 posiedzeniach. 8) K. J., lat 7, *sinuitis maxillaris et ethmoidalis chron. bilat.*, w ropie *streptococcus viridans*, leczono przeplukiwaniami z 2% argyrolu i riwanolu (na drodze do wyleczenia). 9) Dziewczynka H. P., lat 12, *sinuitis maxillaris chronica bilater.* operacyjnie metodą Caldwell-Luc po stronie lewej i przepłukiwania prawej jamy Highmora riwanolem. 10) Dziecko liczące jeden rok i 3 miesiące, J. D., *sinutis ethmoidalis et maxillaris acuta sinistra* ze znacznym obrzękiem obu powiek i lekkim wysadzeniem gałki ocznej lewej operowano sposobem Escata (w ropie paciorkowce i łańcuszkowce), wyleczono. 11) Dziecko lat 5, D. Br., *sinuitis ethmoidalis purul. sinistra traumatica. fistula extr.* Wyleczono operacyjnie od zewnątrz metodą Escata, usuwając mały kawałeczek drzazgi drzewnej, seton przez nos — blizna zewnętrzna nieznaczna. 12) Dziecko lat 5, F. W., *chloroma nasi et sinuitis maxillaris et ethmoidalis dextra.* Leczone zastrzykami arsenu i naświetlaniami prom. Roentgena. *Exitus.* Na sekcji typowy obraz *chloroma* (omówienie patogenezy i obrazu klinicznego *chloroma* górnych dróg oddechowych i ucha). 13) Dziewczynka lat 14, S. Z., z *osteoma ethmoidale bilaterale* nader rzadkich rozmiarów (wagi 30 g) z wysunięciem gałki ocznej na zewnątrz, zresztą żadnych innych objawów ze strony mięśni ocznych i oka samego. Operowany sposobem Jacques-Jernsena od zewnątrz na dwóch posiedzeniach w odstępie dwóch tygodni. Każdy z nich sięgał przez ubytek w *tab. interna* pod oponę (bez objawów podmiotowych) i nastręczył duże trudności w wyważeniu ich od miejsca przyczepu tj. kości sitowej. Przypadek wyleczony, blizna nieznaczna po obu stronach (omówienie patogenezy i objawów klinicznych kostniaków zatok bocznych nosa i ocznych). W końcu omawia prelegent technikę oraz wyniki leczenia schorzeń zatok bocznych nosa przy pomocy metody *déplacement* sposobem *Proetz - Le - Mée* i jej znaczenie dla kliniki.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół zebrania naukowego odbytego dnia 16 października 1935 roku.

1. Kol. M. Trawiński *pokazuje dziewczynkę 6-letnią, operowaną w lipcu b. r. jako przypadek nagły z powodu ostrych objawów otrzewnowych.*
Po otwarciu brzucha okazało się, że powodem była torbiel jajnika prawego wielkości pomarańczy, okręcona kilka razy dookoła swej szypuły. Szypuła oraz sama torbiel były już prawie czarne. Po operacji nastąpiło wyzdrowienie. Jest to niewątpliwie przypadek rzadki, gdyż rzadko trafiają się torbiele jajnika u dziewcząt w tym wieku, a jeszcze rzadziej torbiele ze skrętem szypuły.

2. Kol. M. Trawiński *pokazuje chłopca 6-letniego, który przed dwoma miesiącami upadł i doznał złamania kości ramieniowej lewej w obrębie szyjki chirurgicznej.*

Złamanie było typu poprzecznego z dużą ruchomością odłamów. Wskutek tego zawiodły próby nastawienia zachowawczego, sprawdzane pod ekranem rentgenowskim. Wobec tego zastosowano operacyjne zespolenie odłamów, które dało wynik doskonały tak pod względem anatomicznym, jak i czynnościowym. Pokazuje rentgenogramy przed i pooperacyjne.

3. Kol. M. Trawiński *przedstawia przypadek pęknięcia jelita po urazie tępym brzucha.*

Mężczyzna w sile wieku został uderzony silnie w brzuch styliskiem kilofu. Od razu wystąpiły bardzo gwałtowne objawy otrzewnowe, gdyż nastąpiło pęknięcie jelita cienkiego. Na szczęście jelito było próżne, a pęknięcie wprawdzie poprzez całą grubość ściany, ale niewielkie. Zawartość jelita nie wyciekła w wielkiej ilości. Ta okoliczność oraz wczesna operacja — w dwie godziny po wypadku — sprawiły, że chory wyzdrowiał.

4. Kol. M. Trawiński *pokazuje kobietę lat 32, u której dokonał przed miesiącem wycięcia żołądka z powodu wrzodu dwunastnicy.*

W ciągu 6-letniego prowadzenia oddziału chirurgicznego w Sosnowcu jest to pierwszy przypadek tego rodzaju operacji u kobiety; znacznie większą liczbę chorych na wrzody żołądka w naszym materiale stanowią mężczyźni.

5. Kol. M. Trawiński *pokazuje chorego i preparat po wycięciu dużego tętniaka tętnicy promieniowej, powstałego na tle urazu.*

Nastąpiło wyzdrowienie.

6. Kol. Trawiński M. *pokazuje mężczyznę, lat 28, z raną postrzałową serca.*

W przypadku tym wezwany nagle postanowił postępować zachowawczo i nie wkraczać operacyjnie. Dokonał trzykrotnie nakłucia i opróżnienia worka osierdziowego z krwi. Za pierwszym razem usunął 150 cm³ krwi. Kula przeszła przez serce i utkwiła przy żebrach. Przez długi czas tony serca były zupełnie niesłyszalne. Chory wyzdrowiał, obecnie bez żadnych objawów.

7. Kol. Ficenes demonstruje 3 przypadki z Oddziału Ginekologicznego Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu:

a) Chorą N., lat 32 z *endometritis tuberculosa*, u której dokonano wyskrobania macicy z powodu uporczywego krwawienia. Badanie histologiczne wyskrobin wykazało typowe gruzełki w śluzówce macicy. U chorej, zbudowanej prawidłowo, dobrze odżywionej, nie stwierdzono zmian gruźliczych w innych narządach; w wywiadach nic szczególnego. Chora będzie leczona naświetlaniami promieniami Roentgena.

b) Chorą B., lat 38, wieloródkę, u której *wykonano 2 laparotomie*, pierwszą w maju b. r. z powodu guza przydatków i puchliny brzusznej; podczas zabiegu stwierdzono, iż cała miednica wypełniona była masami kalafiorowatymi, poszczególne wyrośla rozsiane były na otrzewnej ściennej i jelitowej, pobrano kilka wycinków próbnych i jamę brzuszną zaszyto w przekonaniu, iż ma się do czynienia z przypadkiem nie operacyjnym i beznadziejnym. Dokładne badanie histo-patologiczne wycinków wykazało ku zdumieniu operatorów utkanie torbielaka brodawczakowego dobrotliwego. Wobec powyższego, we wrześniu b. r. wykonano laparotomię ponownie i podczas niej usunięty został torbielak brodawczakowaty wielkości głowy noworodka. Chora czuje się obecnie w 3 tygodnie po operacji dobrze, puchlina więcej się nie zbiera.

3) Chorą L., lat 32, pierwiastkę, u której usunięto 2 torbiele czekoladowe obu jajników, prawego wielkości głowy dziecka rocznego i lewego wielkości orzecha włoskiego. Obie torbiele były w licznych zrostach z otoczeniem.

Kol. Ficenes przytacza hipotezy dotyczące powstawania torbieli czekoladowych.

8. Kol. Zahorski K. *wygłosił odczyt pt.: „Aktualność zagadnień medycyny lotniczej w Polsce".*

Prelegent daje na wstępie krótki zarys powstania medycyny lotniczej. Następnie mówi o postępie techniki lotniczej znacznie wyprzedzającej postępy medycyny lotniczej, wskutek czego coraz trudniejsze i zawilsze zagadnienia domagają się rozwiązania, a służba w powietrzu wymaga coraz większego indywidualizowania właściwości poszczególnych lotników zależnie od rodzaju wykonywanych czynności w powietrzu. Omówiwszy pokrótce rodzaje lotnictwa i jakość najczęściej spotykanych u lotników schorzeń, prelegent przechodzi do szczegółowego przedstawienia zadań medycyny lotniczej, które można podzielić na prace Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, opiekę lekarską w szkołach lotniczych i opiekę lekarską w pułkach lotniczych. Prelegent podkreśla, iż lekarze specjaliści w Centrum przeprowadzają badania zarówno kandydatów, jak i personelu latającego według odpowiednio wypracowanej metodyki, potrzebnej dla celów lotniczo-lekarskich. W pracowniach fizjologicznej i fizyko-chemicznej prowadzone są specjalne badania wpływu niskich ciśnień barometrycznych na ustrój człowieka i zwierząt. Przy omawianiu stosowanych badań, dłużej zatrzymuje się nad badaniami w pracowni psychotechnicznej, opisując szereg aparatów, jakie służą do badania sprawności pracy umysłowej, szybkości reagowania na podniety wzrokowe i pamięć wzrokową, na prawidłowość i opanowanie ruchów itp. Po szczegółowym opisaniu wyglądu i urządzenia komory niskich ciśnień, która ułatwia i umożliwia przeprowadzanie prac doświadczalnych nad wytrzymałością lotników na wahania i obniżone ciśnienie, prelegent mówi, iż nad całością pracy naukowej w Centrum czuwa Rada Naukowa Medycyny Lotniczej, składająca się z profesorów Uniwersytetu Warszawskiego i Krakowskiego. Prace naukowe umieszczane są w wydawanym kwartalniku pt.: „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej". W końcu prelegent omawia, na czym polega opieka nad stanem zdrowia personelu latającego i mówi o współpracy Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich z Centralnym Instytutem Wychowania Fizycznego, z Państwowym Zakładem Higieny, z Instytutem Badań Technicznych Lotnictwa i innymi (streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Witkowski, Bogacki, Kotarski i Nasiłowski.

Prezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr I. Lipnicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Różne.

Z kraju.

W związku ze wzmożoną obecnie frekwencją kuracjuszy do uzdrowisk, Związek Uzdrowisk Polskich przypomina, że zaświadczenia do uzyskania ulgi kolejowej przy przejeździe powrotnym z uzdrowiska wydawane być mogą przez miejscowe władze meldunkowe, stosownie do rozporządzenia Ministerstwa Komunikacji, jedynie za okazaniem dowodu tożsamości z fotografią.

Francja.

W armii francuskiej szczepiono dotychczas żołnierzy przeciw durowi i ospie. Ostatnio wprowadzono szczepienia także przeciw tężcowi.

Austria.

Liczba lekarek wynosi 9% ogólnej liczby lekarzy, dentystek 13%, farmaceutek 19%.

Afryka.

W Addis Abeba powstanie zakład dla produkcji surowic przeciw chorobom tropikalnym.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 12.—
za granicą . . . . zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.